FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1905 — THÈSE — N° 149

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 26 Janvier 1905, à 1 heure

PAR

Paul NOURRY

Des Complications cardiaques de l'Erysipèle et de l'Érysipèle chez les Cardiaques

Président : M. DIEULAFOY, *professeur*

Juges : MM. CHANTEMESSE, *professeur*
RENON, *agrégé*
JEANSELME, *agrégé.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
HENRI JOUVE
15, rue Racine, 15

1905

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie	P. POIRIER
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et Chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	HUTINEL. BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils	RECLUS.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT.
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM DIEULAFOY. DEBOVE LANDOUZY.
Maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	LE DENTU. TILLAUX. TERRIER. BERGER.
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	BUDIN. PINARD.
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON

Agrégés en exercice.

MM.

AUVRAY	DESGREZ	LAUNOIS	POTOCKI
BALTHAZARD	DUPRE	LEGRY	PROUST
BRANCA	DUVAL	LEGUEU	RENON
BEZANÇON	FAURE	LEPAGE	RICHAUD
BRI NDEAU	GOSSET	MACAIGNE	RIEFFEL (chef
BROCA (ANDRÉ)	GOUGET	MAILLARD	des travaux anat.)
CARNOT	GUIART	MARION	TEISSIER
CLAUDE	JEANSELME	MAUCLAIRE	THIROLOIX
CUNEO	LABBE	MERY	VAQUEZ
DEMELIN	LANGLOIS	MORESTIN	WALLICH

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent tre considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur onner aucune approbation ni improbation.

A MA FIANCÉE

A MES PARENTS

Des complications cardiaques de l'érysipèle et de l'érysipèle chez les cardiaques

AVANT-PROPOS

Avant d'aborder notre sujet, nous nous acquitterons d'un devoir particulièrement agréable. Que tous nos maîtres de Rennes et de Paris, qui nous ont guidé et aidé de leurs conseils pendant nos études, reçoivent ici le témoignage de notre reconnaissance.

M. le professeur Dieulafoy a daigné accepter la présidence de notre thèse ; nous le prions de vouloir bien agréer l'expression de notre profonde gratitude.

INTRODUCTION

Dans la première partie de cette étude, nous étudierons les complications qui frappent les différentes parties qui constituent le tube cardiaque. Nous avons cependant négligé l'étude de la myocardite. Plusieurs raisons nous ont décidé à agir ainsi. Sans vouloir contester son existence propre, la myocardite aiguë, au cours de l'érysipèle, semble n'apparaître que comme un épiphénomène au cours de l'intoxication générale ou d'une autre complication cardiaque, et précédant de peu une terminaison fatale. Les classiques d'ailleurs la considèrent comme très rare et nous n'en avons pu trouver une seule observation authentique. Remarquons en outre que le professeur Roger n'en signale pas un cas évident sur un total de 1568 observations.

La seconde partie sera réservée à l'étude de l'érysipèle survenant chez des malades porteurs de lésions cardiaques antérieures.

CHAPITRE I

Complications cardiaques de l'érysipèle.

HISTORIQUE

Si l'histoire des complications pleuro-pulmonaires de l'érysipèle est très ancienne puisqu'Hippocrate les a signalées, le cœur semble néanmoins un des derniers viscères que l'on ait étudié au cours de cette affection.

Fabre d'Aquapendente, en 1592, écrit bien : « L'éry-« sipèle descend parfois vers la trachée, tombe dans « les poumons et peut produire une péripneumo-« nie » ; mais il faut attendre Hoffmann au XVII^e^ siècle pour que l'on commence à accepter cette proposition qu' « il n'est plus permis de douter de l'existence « de l'érysipèle interne ».

Remarquons que le cœur n'est pas particulièrement indiqué ; on est toutefois autorisé à le soupçonner, lorsqu'on lit dans J. P. Franck, qui développe Hoffmann. « Nous avons vu la phlogose « érysipélateuse se propager, sans quitter son pre- « mier siège, de la face à la gorge, à la trachée- « artère, aux poumons et aux autres organes inté- « rieurs ».

Ces idées paraissaient vouloir tomber dans l'oubli lorsque Gübler attira l'attention sur la propagation de l'érysipèle aux muqueuses, en s'appuyant sur des preuves indiscutables. Cette notion, bientôt admise, favorisa l'étude de l'érysipèle du pharynx, du larynx, des bronches et du poumon, mais fit éliminer pendant quelques années les complications de l'appareil circulatoire.

En résumé, si l'érysipèle était nettement différencié des autres affections avec lesquelles on l'a longtemps confondu, il semble qu'avant les observations de Gübler, et de Duroziez, les complications cardiaques de l'érysipèle aient été peu ou point signalées.

En 1864, Gübler le premier, publiait en effet l'observation d'une jeune femme, qui, au cours d'un érysipèle de la face, avait présenté un souffle râpeux de la pointe avec frémissement cataire et palpitations pénibles.

Un an plus tard, Duroziez notait à l'autopsie d'un érysipélateux la rougeur et l'épaississement du péricarde.

Mais ces cas restaient isolés et il fallut attendre les

travaux de Jaccoud pour avoir une vue d'ensemble sur cette question des complications cardiaques de l'érysipèle.

Après les avoir signalées en 1870, il leur consacrait une leçon dans les cliniques qu'il fit, en 1872, à l'hôpital Lariboisière. En 1873, il signait dans la *Gazette hebdomadaire* un article sur les *Phlegmasies cardiaques liées à l'érysipèle.*

En 1874, il inspirait à son élève Sevestre sa thèse sur les *Complications cardiaques de l'érysipèle*, travail resté classique jusqu'à ces dernières années.

Enfin, dans ses *Leçons de Clinique médicale de la Pitié en* 1886, on lit : « Depuis l'époque où j'ai établi le premier que l'érysipèle de la face doit être compté parmi les maladies aiguës qui semblent provoquer le développement de l'endocardite soit simple, soit associée à une péricardite sèche, ces manifestations ont été constatées par bon nombre d'observateurs, tant en France qu'à l'étranger. Entre beaucoup de cas que j'ai vus moi-même depuis ma première publication sur ce sujet, je signalerai deux faits de 1880 et 1881, dans lesquels l'endocardite récente a été constatée à l'autopsie avec des caractères indubitables ; dans le cas de 1881, il y avait en outre quelques plaques également récentes de péricardite sèche. »

Si les phénomènes cliniques étaient bien étudiés, la pathogénie et l'anatomie pathologique de ces complications étaient mal connues ; et bien que Feilheisen en 1871 ou 1873, ait le premier définitivement prouvé que le streptocoque était la cause déterminante de

l'érysipèle, c'est dans la thèse de Dénucé, en 1885, seulement, qu'est publié le premier cas d'endocardite érysipélateuse avec examen bactériologique.

Quelques observations d'endocardite érysipélateuse, contrôlées à l'autopsie, et vérifiées bactériologiquement sont publiées successivement en 1882, par Gendron ; en 1884 par Dalché ; en 1888 par Lenté.

En 1890, Lion dans sa thèse confirme ces faits ; et en 1892, Alchame dans un travail remarquable sur l'érysipèle étudie avec soin l'anatomie pathologique et la bactériologie des complications cardiaques.

Remarquons que, seule, l'endocardite détient l'attention ; la péricardite, que Jaccoud et Sevestre ont signalée, semble moins fréquemment retrouvée. Son étude bactériologique et anatomo-pathologique est peu ou point faite :

La question semblait quelque peu épuisée. Jusqu'en 1894, on admettait avec Jaccoud la fréquence relative des complications cardiaques de l'érysipèle, dont les récentes recherches bactériologiques avaient expliqué la pathogénie.

A cette époque, Galliard — le premier — semble mettre en doute cette fréquence : « Je serais tenté d'admettre, écrit-il, que le professeur Jaccoud est tombé sur une série particulièrement favorable et de déclarer que le cœur est rarement touché par le microbe de l'érysipèle, si je m'en rapportais uniquement à mes constatations personnelles. Sur les 350 érysipélateux, en effet, que j'ai soignés en 1891-

1892, six seulement ont présenté des complications cardiaques assez nettement dérivantes de l'infection mitrale pour que la réalité du lien pathologique ne put être mise en doute ».

En mai 1895, le professeur Roger publie dans la *Revue de Médecine* quelques considérations sur 597 observations personnelles d'érysipèle, recueillies à l'Hôpital Temporaire de la Porte d'Aubervilliers : « Nous n'avons jamais rencontré, dit-il, de lésions graves du côté du cœur, et notamment, nous n'avons pas observé les endocardites qui ont été signalées par quelques auteurs. Par contre, une femme a fait une poussée de péricardite transitoire ».

Quelques années plus tard, en 1901, dans les *Archives Générales de Médecine* et dans son *Traité des Maladies Infectieuses*, le professeur Roger revient sur cette question. Il maintient ses idées sur la rareté relative des complications cardiaques, mais il insiste sur la fréquence des souffles extra-cardiaques que l'auscultation méthodique, révèle dans 32 pour 100 des cas.

C'est, croyons-nous, la première fois que dans la littérature médicale ces faits sont bien mis en lumière. Cette proportion considérable de souffles cardio-pulmonaires tout à coup révélée, est bien faite pour jeter, quelques instants, la surprise dans les esprits. Et malgré la grande autorité des observateurs précédents, on semble autorisé à se demander si, parmi les complications cardiaques qu'ils ont décrites, ils n'ont pas quelquefois attribué à tort à des lésions du

péricarde ou de l'endocarde les bruits qui avaient probablement leur origine dans le poumon.

Dans les érysipèles qu'il nous a été donné d'observer, à côté des quelques cas où nous avons noté des souffles intra-cardiaques, une seule fois nous avons vu une lésion s'installer et se constituer sur le péricarde et y subsister.

CHAPITRE II

Etiologie.

De l'étude des différentes observations que nous avons pu recueillir, il semble résulter que, dans le développement des complications cardiaques de l'érysipèle, les causes prédisposantes ne jouent qu'un rôle très minime, pour ne pas dire nul.

Age. — Nul âge ne semble à l'abri de ces complications. Cependant, nous n'en avons pas relevé chez les jeunes enfants. On sait en effet combien est grave l'érysipèle des nouveau-nés, presque toujours fatal surtout lorsqu'il siège à l'ombilic. La mort survient par intoxication générale d'un organisme qui n'est pas capable de résister.

Les vieillards sont peut-être plus souvent atteints ; et c'est généralement sur le péricarde que se localise

l'infection. Ce fait se rapproche beaucoup de ce que l'on rencontre dans la pneumonie.

Professions. — Nous relevons dans les observations les professions les plus diverses : domestique, concierge, ménagère.

Antécédents. — Dans presque aucune des observations, nous ne trouvons de traces d'antécédents héréditaires et personnels notables. La plupart des malades avaient été jusque-là bien portants.

Fait digne de remarque cependant, nous y reviendrons dans la seconde partie de cet essai, les lésions cardiaques anciennes ne semblent point créer un point d'appel pour une nouvelle localisation.

Fréquence. — Nous avons déjà insisté sur la diversité des opinions sur ce point. Tenues pour relativement fréquentes par Jaccoud et Sevestre, les statistiques de Galliard et surtout de Roger nous empêchent d'admettre une telle proposition, et nous croyons qu'il faut les considérer comme rares.

La cause déterminante des complications cardiaques de l'érysipèle est la localisation sur les enveloppes du cœur du streptocoque ou de ses toxines.

Péricardite. — Qu'elle soit sèche, qu'elle donne lieu à un épanchement séro-fibrineux, ou qu'enfin elle soit purulente, ce qui est plus rare, la péricardite reconnaît pour cause l'action du streptocoque.

On l'a rencontré dans quelques cas. Dénucé, dans sa thèse, publie deux cas où le streptocoque fut retrouvé dans l'épanchement.

Endocardite. — Plus fréquemment encore, on a rencontré le streptocoque sur l'endocarde, comme le prouve la lecture de la plupart des observations que nous avons réunies.

On a presque toujours trouvé le streptocoque sur l'endocarde, dans les cas d'endocardite maligne, ayant déterminé la mort.

Mais doit-on admettre sa présence dans toutes les endocardites, en particulier dans les endocardites légères, telles que les ont décrites Jaccoud et Sevestre ?

On peut en ce cas émettre l'hypothèse d'une moindre virulence de l'agent pathogénique puisque sa localisation ne détermine que des phénomènes locaux peu marqués sans phénomènes généraux.

Une autre hypothèse expliquerait peut-être les lésions de l'endocarde : le passage de la toxine dans le sang.

N'a-t-on pas prétendu que l'endocardite rhumatismale serait due à l'action locale de toxines staphylococciques (1) ?

On pourrait, par analogie, considérer les produits élaborés par le streptocoque de l'érysipèle comme générateurs des troubles cardiaques.

Jusqu'ici cependant, on doit admettre que c'est à la localisation du streptocoque sur les enveloppes du cœur que sont dues les complications cardiaques de l'érysipèle.

1. Sacaze. *Arch. gén. de médecine,* 1894.

Mais comment l'agent pathogène quitte-t-il son siège primitif pour pénétrer dans l'économie ?

C'est ce que nous allons rechercher dans le chapitre suivant.

CHAPITRE III

Pathogénie.

Pour arriver jusqu'au cœur, le streptocoque localisé dans la plaque érysipélateuse a deux voies : ou bien il pénètre directement dans un petit vaisseau sanguin au niveau de la lésion et envahit l'économie ; ou bien se propageant de proche en proche dans les vaisseaux lymphatiques, il arrive jusqu'au canal thoracique, qui communique si largement avec le milieu sanguin.

Nous ne ferons que mentionner l'opinion émise par quelques auteurs pour expliquer la péricardite de l'érysipèle. La voie lymphatique serait suffisante : la propagation se ferait de proche en proche (surtout dans l'érysipèle de la face) ; car il existerait des communications entre les lymphatiques du péricarde

pariétal et les lymphatiques de la paroi thoracique. Aucune constatation anatomo-pathologique n'a été apportée qui permette d'accorder quelque crédit à cette idée.

Achalme pense que rares sont les cas où se produit spontanément la rupture d'un capillaire sanguin, au niveau de laquelle se ferait une légère infection vasculaire ; car, en aucun cas, il n'a pu voir de micro-organisme dans l'intérieur des capillaires sanguins voisins de la plaque érysipélateuse.

C'est donc par le canal thoracique que se fait la propagation. Cette opinion semble d'autant plus acceptable que dans les cas où le streptocoque pénètre directement dans le sang, sans étape lymphatique, l'infection revêt une gravité ultérieure souvent considérable. Il y a alors, non seulement streptohémie mais encore streptococcie. Au premier terme, correspond la présence du microbe dans le sang ; au second, s'attache l'idée de l'infection généralisée.

Dans la streptohémie, le streptocoque ou en petite quantité, ou peu virulent, peut se localiser sur un viscère, le cœur en particulier. Dans la streptococcie, le streptocoque plus abondant ou surtout de virulence exaltée, frape à la fois les viscères, les méninges, les articulations.

L'évolution de l'érysipèle péri-ombilical du nouveau-né est une preuve excellente à l'appui de cette opinion. la débilité première ne met pas son organisme en garde contre l'infection ; et la porte est largement ouverte, qui donne directement accès dans

la grande circulation sanguine : l'oblitération des vaisseaux ombilicaux peut être tardive, et une communication, quelquefois très fine, mais directe, entre la cavité de ces vaisseaux et la capsule ombilicale, subsiste.

Survienne un érysipèle, accident du reste fréquent, et les microbes déposés dans la profondeur même des tissus de l'ombilic, envahissent à la fois les lymphatiques et les vaisseaux sanguins ; les complications péritonéales sont possibles par l'intermédiaire de la peri-artérite et de la péri-phlébite, mais l'infection des vaisseaux sanguins est fréquente directement, souvent sans l'intermédiaire des lymphatiques.

D'où une grande différence entre l'érysipèle chez l'adulte et chez le nouveau-né. Alors que chez l'un, les complications de streptococcie, lorsquelles surviennent, n'apparaissent qu'après l'envahissement primitif des voies lymphatiques, chez l'autre, l'infection frappe directement le plus souvent, les voies sanguines.

Aussi ne serons-nous pas surpris de n'avoir point rencontré de complications cardiaques chez ces derniers ; ils succombent d'intoxication générale, sans lésion cardiaque, celle-ci n'ayant pas eu le temps d'évoluer.

Quoi qu'il en soit, le streptrocoque a pénétré dans l'appareil circulatoire ; comment agit-il, comment s'implante-t-il sur la valvule ?

Il semble, à en juger par les recherches récentes,

qu'il existe deux modes d'invasion des valvules par les bactéries : l'un, soutenu par Klebs et Orth et en vertu duquel les bactéries provenant du sang du cœur forment des couches successives à la surface des valvules ; l'autre, moins commun, dans lequel les bactéries pénétreraient d'abord dans la partie centrale des valvules par l'intermédiaire des vaisseaux propres, suivant l'opinion de Koester.

Nous n'insisterons pas sur la première de ces théories. Elle est la plus généralement admise, c'est celle qui se présente tout d'abord à l'esprit. Il est facile de comprendre comment les microbes contenus dans le sang peuvent se déposer sur les valvules. Quand les valvules sont saines, les éléments, d'après Klebs sont arrêtés au passage par les facettes de la mitrale qui se juxtaposent au moment de la systole ventriculaire (facettes de contact de Firket). Les streptocoques se déposent surtout, d'après MM. Cornil et Babès dans les fentes du tissu conjonctif et se propagent ainsi de la surface vers la partie centrale de la valvule.

La théorie de Koester, combattue par Klebs et Orth, repose cependant sur certains faits anatomiques bien observés. Koester l'avait émise sur la foi d'une observation dans laquelle il avait trouvé à l'intérieur des valvules malades de nombreux vaisseaux obstrués par des streptocoques.

Il avait supposé que les embolies microbiennes siégeaient d'abord dans les vaisseaux, dont ils forçaient les parois pour envahir la valvule de dedans en dehors.

MM. Cornil et Babès ont également vu des embolies bactériennes dans les vaisseaux. Ils rapportent un fait dans lequel les grandes masses microbiennes siégeaient surtout dans la partie centrale des valves, tandis que leur surface végétante n'en contenait qu'un petit nombre.

Les adversaires de la théorie de Koester ont avancé que, les valvules ne contenant pas de vaisseaux, il était impossible de comprendre comment les microbes pouvaient les envahir de dedans en dehors. Mais cet argument n'a plus de valeur aujourd'hui que l'on sait, par les travaux de Lauger et de Darier, qu'à l'état pathologique, on peut trouver des vaisseaux dans toute l'étendue des valvules sigmoïdes de l'aorte et de la valvule mitrale.

On a encore reproché à la même théorie de ne pas expliquer pourquoi le cœur gauche est plus souvent frappé que le cœur droit; mais il nous semble que la théorie de Klebs est passible du même reproche.

Le fait est qu'il ne faut chercher la cause de cette localisation, ni dans le mode de production de la lésion, ni dans le jeu des valvules cardiaques, ni dans la différence de pression du sang. Si l'agent infectieux vient, dans la majorité des cas, se fixer sur les valvules mitrale et aortique, cela tient uniquement aux qualités du sang contenu dans le cœur gauche. Les streptocoques sont des êtres aérobies

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les occasions sont rares de faire l'autopsie de malades ayant succombé à des complications cardiaques de l'érysipèle.

Les lésions que l'on rencontre d'ailleurs sont en presque totalité semblables à celles qui apparaissent au cours d'autres infections à manifestations cardiaques analogues.

Endocardite aiguë. — Siège. — L'endocardite semble frapper de préférence le cœur gauche. L'endocarde des oreillettes et des ventricules est généralement sain. En collationnant les diverses observations publiées, on peut constater que la valvule mitrale est un peu plus fréquemment, que les sigmoïdes aortiques, le siège d'altérations.

Dans les cas habituels, l'endocardite débute et présente son maximum d'intensité sur la face auriculaire pour la valvule mitrale, au contraire, sur la face ventriculaire des sigmoïdes aortiques, c'est-à-dire dans le sens du courant sanguin.

Les lésions consistent tantôt en un simple épaississement, qui peut affecter toute la valvule, ou seulement une de ses parties, une de ses valves, ou encore former une simple plaque plus ou moins limitée, faisant saillie sur l'une des faces de la valvule, plus rarement sur les deux faces. Quelquefois, au lieu de ces plaques, on constate dans l'épaisseur de la valvule, près de son bord adhérent, mais le plus souvent au niveau de son bord libre, la présence de nodosités dont le volume varie depuis celui d'une tête d'épingle jusqu'à celui d'un pois. Ces nodosités sont ordinairement multiples. Tantôt l'endocarde qui les recouvre à conservé sa teinte normale, tantôt il revêt une coloration framboisée, qui peut s'étendre à l'endocarde voisin.

Enfin, les nodosités, en acquérant un volume plus considérable, deviennent irrégulières et forment de véritables végétations verruqueuses, peu volumineuses, de couleur framboisée, ordinairement molles et friables. La fibrine, en se déposant autour de ces végétations, augmente encore leur volume et peut devenir le point de départ d'embolies artérielles. D'ailleurs ces végétations sont assez molles pour pouvoir se rompre et donner lieu ainsi à des embolies. Peu d'observations mentionnent des ulcérations réelles de l'endocarde.

Les infarctus sont assez fréquents ; mais ils diffèrent de ceux que l'on rencontre dans les endocardites à staphylocoques, par ce fait qu'ils sont beaucoup plus rarement suppurés. On leur trouve générale-

ment une coloration jaunâtre et une consistance variable.

Au point de vue histologique ces végétations sont formées simplement de cellules lymphoïdes recouvertes de dépôts fibrineux. A une période plus avancée, elles tendent à s'organiser ; elle sont formées de tissu embryonnaire, et cette prolifération s'effectue de préférence dans la couche à cellules plates de l'endocarde ; et c'est aux dépens de ces cellules, auxquelles viennent s'adjoindre des globules blancs, issus par diapédèse des capillaires endocardiaques, que se fait la néoformation.

Nous ne croyons pas que l'on ait encore étudié la transformation conjonctive qui s'installe avec le passage de l'endocardite streptococcique à l'état chronique. Les lésions ne doivent d'ailleurs point différer de celles que l'on rencontre dans les autres endocardites qui passent à la chronicité.

Peu nombreux sont les examens bactériologiques.

Le premier cas d'endocardite érysipélateuse avec examen bactériologique est rapporté dans la thèse de Dénucé. Le produit de raclage des végétations colorées laissant voir des diplocoques et des streptocoques de trois à dix grains, identiques au streptococcus erysipelatus.

Achalme, quelques années plus tard, publiait deux cas nouveaux.

Widal et Bezançon reproduisirent expérimentalement cette endocardite végétante en se plaçant dans toutes les conditions de la clinique. Un strep-

tocoque introduit sous la peau de l'oreille d'un lapin avait déterminé un érysipèle qui, au bout de quelques jours, était entré en voie de guérison. L'animal semblait rétabli lorsque, treize jours après son inoculation, il fut repris de fièvre et mourut en trois jours.

Le cœur était très augmenté de volume et sur la mitrale existait une végétation grosse comme un pois, contenant du streptocoque à l'état de pureté.

Péricardites. — Les examens anatomiques sont plus rares que dans les endocardites.

Nous ne connaissons pas d'observations avec examen anatomique de péricardite sèche.

Dénucé cite dans sa thèse deux cas de péricardite avec épanchement peu abondant. L'examen bactériologique fut positif. Le streptocoque fut retrouvé à l'état de pureté. Il en est de même dans un cas d'Achalme, ou la péricardite était secondaire à une pleurésie due elle-même à l'érysipèle.

SYMPTOMES

Les complications cardiaques de l'érysipèle ne présentent au point de vue clinique qu'un intérêt assez restreint. Cependant quelques particularités méritent d'être signalées.

Péricardite. — Elle peut être sèche, c'est le cas le plus fréquent. S'il existe un épanchement séreux, il est trop peu abondant pour être cliniquement décelable. Cette péricardite légère assez rare ne semble pas se rencontrer plus souvent que la péricardite à grand épanchement purulent.

La première variété ne se traduit pas par des symptômes fonctionnels. Nous ne trouvons, en effet, signalés dans les observations ni la douleur, ni la dyspnée. Comme elle est toujours apparue dans le cours de l'érysipèle, c'est-à-dire lorsque la température est souvent assez élevée, il n'est pas possible de faire la part de ce qui peut revenir au péricarde, dans l'ascension thermométrique.

Il faut donc la rechercher, car elle ne se traduit que par des phénomènes d'auscultation. C'est le frottement qui la caractérise essentiellement. Il nous est apparu très net dans l'observation que nous publions. Dans l'observation IX, nous trouvons également signalé le bruit de galop, faux bruit de galop, qui résulte de l'adjonction aux deux bruits normaux ; d'un troisième bruit surajouté, produit par un frottement péricardique présystolique. Elle est quelquefois associée à une complication pleuro-pulmonaire.

Cette péricardite passe-t-elle à la chronicité ? Non, le plus souvent. Dans les observations VI et IX de la thèse de Sevestre, dans l'observation de Galliard, dans un cas de Roger, le frottement a disparu au moment de la sortie du malade. Dans l'observation IV il persistait quoique un peu atténué, au moment où la malade quitta l'hôpital. Mais ce n'est là qu'un cas isolé. Et l'on peut admettre, semble-t-il, que la péricardite sèche de l'érysipèle est légère, sans phénomènes subjectifs, marqués, et sans tendance à laisser des reliquats sur la séreuse. Son pronostic est donc bénin.

Nous manquons d'observations pour établir la symptomatologie des péricardites à épanchement purulent. En général, celles-ci semblent s'être développées insidieusement, chez des gens âgés (observations de Roger), et sans phénomènes réactionnels. Ceci n'a rien qui doive nous surprendre. Nous savons en effet, que c'est là une complication relativement fréquente de la pneumonie chez les vieillards, et que

là aussi, c'est presque toujours une trouvaille d'autopsie.

Aussi n'avons-nous point trouvé d'observation où le diagnostic ait été posé. Il faut admettre, en effet, avec quelques réserves le diagnostic porté dans l'observation XVIII, car il manque du contrôle anatomique.

Rare, survenant chez les vieillards, insidieuse et fatale, tels semblent être les caractères de la péricardite purulente érysipélateuse.

Si nous n'avons point essayé d'esquisser la symptomatologie de l'endo-péricardite, c'est que la lecture des observations ne nous a pas permis d'en trouver un seul cas vraiment net, tandis qu'elle nous autorisait à esquisser quelques-uns des caractères de l'endorcardite.

Endocardite. — C'est certainement la complication la plus importante ; et on doit en distinguer deux variétés : l'une, la plus fréquente, comparable à l'endocardite rhumatismale ; l'autre mortelle, dont les lésions sont celles de l'endocardite végétante infectieuse.

De cette dernière, nous possédons plusieurs observations. La plus typique est celle de Gendron. Les phénomènes subjectifs marquent le début. En effet, l'érysipèle est éteint depuis quelques jours, lorsque surviennent à nouveau des phénomènes généraux : abattement, état digestif marqué, fièvre. Les jours suivants, l'état typhique s'accentue ; et l'on perçoit à

la pointe un souffle systolique intense et rude ; les bruits du second temps sont normaux. Bientôt le pouls devient irrégulier, l'état général est plus mauvais, l'auscultation du cœur permet de percevoir le même souffle au premier temps. Et le malade meurt six jours après le début des troubles cardiaques, sans avoir fait d'embolies. L'examen anatomique vint confirmer le diagnostic posé.

C'est, en somme, le type de l'endocardite aiguë à forme typhoïde, telle que les classiques la décrivent.

Les observations de Dénucé sont moins instructives, car l'évolution de l'endocardite fut tellement rapide, qu'on eut à peine le temps d'en étudier les symptômes.

Quant aux observations de Lenté et de Dalché, elles méritent quelques réserves : dans la première, en effet, si l'endocardite fut nette, les symptômes généraux s'atténuèrent trop rapidement, et la guérison fut trop rapide pour qu'on puisse la classer nettement dans cette catégorie.

La malade de Dalché enfin fit un érysipèle trois mois avant l'apparition des phénomènes cardiaques qui l'emportèrent rapidement ; il y a trop d'intervalle entre ces deux manifestations pour qu'on puisse admettre à coup sûr entre les deux une relation de cause à effet.

De plus, Dalché lui-même termine son observation par ses mots : « Du reste, la malade est nettement « morte d'asystolie et nullement avec les symptômes « infectieux d'une endocardite ulcéreuse ».

Après une telle déclaration, on est quelque peu étonné que la plupart des classiques fassent rentrer ce cas dans le cadre des endocardites infectieuses aiguës.

Plus fréquentes certainement sont les endocardites légères se comportant comme l'endocardite rhumatismale, et sur lesquelles Jaccoud, le premier, attira l'attention. Les observations VIII, X, XI, XII et XIII de la thèse de Sevestre sont des cas non douteux. Remarquons cependant que nous n'en avons point relevé d'autre exemple dans la littérature, sauf peut-être l'observation de Lenté.

Quoi qu'il en soit, la symptomatologie de cette endocardite est simple. Point de phénomènes subjectifs. L'auscultation seule révèle un bruit de souffle léger, rigoureusement systolique, de timbre doux, mais devenant plus rude après quelques jours. Son siège presque exclusif est la valvule mitrale ; c'est dire qu'on l'entend à la pointe, un peu en dedans du mamelon. Nous ne trouvons signalées dans aucune observation les modifications des bruits normaux du cœur, qui semblent être les véritables signes du début de l'endocardite aiguë : nous voulons parler de ce bruit enroué et étouffé du premier claquement valvulaire, dont l'importance a été surtout mise en lumière par le professeur Potain, à propos de l'endocardite rhumatismale.

Il semble que bruit de souffle soit d'emblée le premier signe d'auscultation.

Que devient ce souffle ?

Il semble qu'il s'atténue assez rapidement, et dans nos observations, nous avons vu qu'il avait souvent disparu au bout de quelques jours. Cependant, dans quelques cas, il persistait au moment où le malade quittait l'hôpital.

A-t-il persisté indéfiniment comme il arrive généralement chez les adultes qui font des endocardites, en particulier des endocardites rhumatismales ? Il est difficile de se prononcer sur ce point. Car si l'on admet, en règle générale, qu'il est rare de rencontrer des affections valvulaires chroniques imputables aux affections septico-pyogènes, variole, érysipèle, cela tient peut-être seulement à ce fait que — comme nous avons essayé de le prouver — les complications cardiaques de l'érysipèle sont elles-mêmes exceptionnelles.

En résumé, dans l'érysipèle quelques endocardites infectieuses aiguës, dont le tableau clinique ne diffère pas de celles qui relèvent d'autres agents pathogènes ; plus souvent des endocardites légères bénignes, ne passant qu'exceptionnellement à la chronicité.

PRONOSTIC

La diversité des manifestations cardiaques de l'érysipèle ne permet pas de dégager certaines règles qui puissent aider à porter un pronostic. Cependant les fonctions de gravité de ces complications semblent être l'âge avancé (péricardite purulente) et la virulence exaltée du streptocoque (endocardite aiguë infectieuse).

Lorsqu'on ne relève aucune de ces notions, le pronostic immédiat semble assez bénin. Cependant chez les vieillards dont le cœur semble sain, il faudra toujours être réservé. C'est que, malgré les apparences, le myocarde peut être antérieurement altéré, et fléchir tout à coup par propagation des lésions sus ou sous-jacentes. Le pouls devra être souvent consulté. Sa très grande fréquence ou au contraire son ralentissement brusque, de même que sa petitesse, seront les éléments d'un pronostic fâcheux.

Quant au pronostic à distance, il est plutôt favorable. Nous croyons, en effet, que les lésions cardiaques au cours de l'érysipèle ont très peu de tendance à passer à la chronicité.

DIAGNOSTIC

C'est là, à notre avis, le point le plus délicat, le plus difficile de cette question. Déjà, le Professeur Jaccoud, dans ses cliniques, mettait ses élèves en garde contre les erreurs qu'une auscultation trop superficielle expose à commettre.

Nous croyons qu'il faut redoubler d'attention depuis que, d'après le Professeur Potain, l'on a mieux étudié les souffles extra-cardiaques ou cardio-pulmonaires.

Le Professeur Roger écrit dans son *Traité des Maladies Infectieuses :*

« On dit que dans la scarlatine, l'endocardite est fréquente ; elle s'observerait dans un douzième des cas environ. Généralement bénigne elle relèverait, comme la plupart des autres complications, d'une localisation streptococcique.

« La fréquence des souffles extra-cardiaques, dont le diagnostic ne se fait que depuis quelques années, a dû induire en erreur : sur 2.213 observations per-

sonnelles, dont 1127 ont été recueillies chez des adultes, nous n'avons observé que deux cas d'endocardite, tandis que nous avons observé 692 fois des souffles extra-cardiaques ».

Cette affirmation était grosse de conséquences pour toutes les infections en général, et le professeur Roger la renouvelait au sujet de l'érysipèle ; et dans les *Archives générales de médecine* en 1901, on lit sous sa signature :

« Comme toutes les infections, l'érysipèle peut provoquer des troubles cardiaques ; l'auscultation révèle alors des bruits de galop, qui sont d'ailleurs rares, car nous n'en n'avons entendu que chez 7 malades, et surtout des souffles extra-cardiaques.

Voici, à ce point de vue, nos résultats :

	H.	F.	Total.
Souffles apexiens. . .	140	135	275
Souffles pré-infundibulaires.	29	143	172
Souffles de pointe et de base.	7	28	35
	176	306	482
Soit part 100 malades	24,5	40,3	32,6

« Il est curieux de constater que cette année l'étude de la scarlatine nous a donné comme moyenne pour les souffles extra-cardiaques ce même chiffre 32,6.

« Tous ces souffles étaient méso-systoliques ».

N'est-il pas vraisemblable d'admettre, que, mal-

gré leur grande compétence, les observateurs anciens ont pu se tromper quelquefois sur l'interprétation des souffles qu'ils constataient ?

En tous cas, nous devrons avant de poser le diagnostic de péricardite et d'endocardite, éliminer surtout ces bruits cardio-pulmonaires.

Péricardites. — Nous laissons de côté la péricardite purulente. C'est un diagnostic d'exception. On devra cependant y penser chez les sujets âgés ou cachectiques, qui s'affaiblissent rapidement, sans que l'on puisse en déterminer nettement la cause.

Malheureusement, les signes stéthoscopiques sont trop vagues et trop inconstants pour nous aider d'une façon utile à résoudre le problème.

La péricardite sèche ou accompagnée d'un épanchement peu abondant donne des signes d'auscultation tels qu'il est assez facile de ne point la confondre avec des bruits semblables.

Les bruits cardio-pulmonaires, en effet, sont le plus souvent des bruits soufflants, doux, voilés, un peu aspiratifs, siégeant habituellement dans la région pré-ventriculaire gauche ou encore un peu au-dessus de la pointe du cœur; leur tonalité est moyenne.

De même que le frottement péricardique, leur propagation est nulle, et leur moment est presque toujours méso-systoliqne, d'où confusion possible. Mais outre que leur timbre est différent de celui du frottement péricardique, généralement rude et râpeux, ils se distinguent encore de ce dernier en ce

que leur maximum d'intensité se perçoit dans le décubitus dorsal, et au contraire qu'ils s'atténuent considérablement, et même peuvent disparaître dans la station assise. De plus, si le frottement péricardique subit de notables modifications, souvent d'un jour à l'autre, les souffles cardio-pulmonaires présentent une mutabilité bien autrement caractéristique, changent de siège, de rhythme et de timbre, quelquefois pendant la durée d'un même examen ; enfin ils ne s'accompagnent d'aucun trouble fonctionnel.

Ces souffles éliminés, il est plus facile de ne pas confondre le frottement péricardique avec les souffles endocardiques. Le timbre est différent. Mais surtout les souffles organiques siègent toujours, au niveau d'un des orifices du cœur, de préférence à la pointe. Ils se propagent dans les conditions déterminées, correspondent rigoureusement à la systole, à la diastole ou à la présystole, et ne se modifient pas suivant le changement d'attitude du malade.

Les caractères du frottement permettent, à une oreille exercée, de dépister une ancienne lésion péricardiaque. Les commémoratifs sont d'un puissant secours dans les cas difficiles, et l'auscultation quotidienne permet de noter les modifications fréquentes d'un frottement qui se constitue.

Galliard insiste sur ce fait que la lésion du péricarde étant reconnue au cours de l'érysipèle, il est encore utile de rechercher si la péricardite ne pourrait pas relever d'une autre cause : la néphrite, par exemple, comme il l'a constaté dans un cas.

La coexistence de douleurs articulaires et d'érysipèle, les premières ayant nettement succédé à la seconde, ne doivent pas, croyons-nous, faire douter, en cas de péricardite, de sa nature érysipélateuse, car on n'admet plus le réveil de la diathèse rhumatismale au cours des infections : ces douleurs ne sont qu'un symptôme d'un pseudo-rhumatisme infectieux, complication rare d'ailleurs dans l'érysipèle.

Quant à déterminer la part qui revient quelquefois à l'endocarde dans les cas étiquetés endo-péricardites, on ne peut sur ce point, établir de règles précises de diagnostic. C'est au clinicien à juger pour chaque cas particulier.

Endocardites. — « Je n'impute, disait le professeur Jaccoud, à une endocardite récente, que le souffle qui répond aux conditions suivantes : Il est systolique à la pointe ; il naît dans le cours d'un érysipèle ou quelques heures avant ; il est indépendant du degré thermique de la fièvre, à laquelle il peut survivre ; il survient chez un malade qui n'a jamais été atteint de rhumatisme articulaire ou d'inflammation pleuro-pulmonaire ; il survient au cours d'un érysipèle qui n'est pas actuellement compliqué de pleurésie ou de pneumonie ».

Ces conditions nettement formulées, il semblait qu'on dût facilement éviter toute erreur. Nous croyons cependant qu'on a dû quelquefois attribuer à une lésion mitrale, des souffles qui ne se passaient pas au niveau d'un orifice malade. La mutabilité des

souffles qui font l'objet des observations XIV, XV et XIX de la thèse de Sevestre nous empêchent de les considérer comme certainement symptomatiques d'une lésion mitrale.

Ces réserves faites, nous croyons que le diagnostic est relativement facile dans les cas d'endocardite aiguë infectieuse. La présence d'un souffle léger, systolique, siégeant à l'orifice mitral. chez un malade qui présente tout à coup des phénomènes typhiques avec frissons, température élevée, éveille l'idée d'une endocardite. La seule erreur possible, consisterait à mettre sur le compte d'une streptococcie généralisée les phénomènes généraux marqués, le souffle ayant pu passer inaperçu ou étant rapporté à une ancienne lésion dont on aurait pu, dans les antécédents, trouver la cause.

L'endocardite simple, bénigne est d'un diagnostic peut-être moins facile.

Nous avons vu les signes différentiels qui permettent de ne pas la confondre avec une péricardite. Nous n'y reviendrons pas. Nous insisterons seulement sur ce fait que pour poser avec certitude le diagnostic de lésion orificielle le souffle devra siéger au niveau même de la pointe du cœur, être rigoureusement systolique, sibilant, de tonalité haute, se propageant vers l'aisselle, permanent, sans modification appréciable avec les mouvements respiratoires.

Et c'est encore et surtout avec le souffle cardio-pulmonaire qu'il ne faudra point le confondre ; selon son

siège, le diagnostic sera plus ou moins difficile. Si le souffle est apexien et sus-apexien, il est en même temps méso-systolique, et facile à éliminer. Mais s'il siège dans la région parapexienne, il ressemblera plus au souffle de l'insuffisance mitrale, car il sera presque toujours systolique; cependant son maximum ne s'entendra pas à la pointe, mais à un ou trois centimètres en dehors d'elle.

Les autres caractères de ce souffle cardio-pulmonaire sont très différents de celui qui caractérise l'insuffisance mitrale. Doux, voilé, aspiratif, de tonalité moyenne, il ne se propage pas. La mutabilité est extrême. Le souffle apparaît et peut changer de rythme, de siège et de timbre pendant la durée d'un même examen. A son maximum, dans le décubitus dorsal il diminue ou disparaît dans la station debout, de même que dans les grands mouvements respiratoires.

Dans ce court chapitre de diagnostic différentiel, nous n'avons envisagé que l'endocardite qui siège au niveau de la valvule mitrale. C'est le seul siège, en effet, que dans nos observations, ait choisi l'infection streptococcique.

Il faudrait analyser à nouveau tous les caractères du souffle, si la lésion paraissait s'être localisée aux autres orifices.

Le diagnostic d'une lésion péricardiaque ou endocardiaque étant posé, il faut résoudre un autre problème dont l'importance n'est pas moindre. Quel est

l'état du muscle cardiaque ? On y réussira par l'examen attentif des contractions cardiaques, et surtout des caractères du pouls, dont il faudra avec grand soin étudier la force et la fréquence.

TRAITEMENT

Nous ne saurions mieux faire pour conclure que de citer sur ce point l'opinion de Galliard, qui nous semble parfaitement logique.

« Lorsque le cœur sera atteint, on aura recours à la digitale ou à la caféine qu'on associera aux médicaments antiseptiques (sulfate de quinine, salicylate de soude), et aux toniques (alcool, cognac, extrait de quinquina) ; on n'hésitera pas, malgré les accidents cardiaques à employer les bains froids, s'il y a hyperthermie et ataxie. Quant aux révulsifs, ils seront proscrits : la ventouse sèche est seule autorisée pour les érysipélateux ».

DEUXIÈME PARTIE

De l'érysipèle chez les cardiaques.

La lecture attentive des observations publiées sur les complications cardiaques de l'érysipèle, les statistiques de Galliard, et surtout celles du professeur Roger, nous avaient conduit à penser que ces complications, étaient rares.

L'étude de l'érysipèle évoluant chez des malades porteurs d'anciennes lésions cardiaques est venue nous fortifier dans cette opinion.

Nous avons vu, en effet, que les complications cardiaques survenaient chez les érysipélateux, que l'érysipèle fût grave ou léger, et sans que l'étendue de l'éruption jouât un rôle défini. Nous n'avons pu retenir une seule cause occasionnelle semblant déterminer la localisation cardiaque.

Si les complications cardiaques étaient aussi fréquentes qu'on l'enseignait il y a quelque trente ans, on aurait dû les voir se développer surtout chez des

malades porteurs d'anciennes lésions. Il semblait en effet, *à priori*, que celles-ci eussent dû créer un point d'appel pour une nouvelle localisation.

En fait, il n'en est rien.

En mai 1885, le professeur Roger publiait quelques considérations sur un total de 597 observations personnelles et à ce sujet, il écrivait :

« Nous avons eu l'occasion d'observer 16 malades atteints de cardiopathie antérieurement à leur érysipèle. L'infection streptococcique s'est localisée à la face, envahissant parfois le cuir chevelu ; le plus souvent, elle a évolué comme chez des sujets normaux ».

Suivait la liste de ces observations que nous publions plus loin, on n'y relève que trois décès et parmi eux, celui d'une femme de 42 ans, morte d'asystolie un mois après la guérison de l'érysipèle, et chez laquelle par conséquent, cette infection ne joua qu'un rôle secondaire.

Quelques années plus tard, en 1901, le professeur Roger publiait une nouvelle étude de l'érysipèle, portant sur 1568 observations, recueillies l'année précédente.

« Nous avons observé l'érysipèle dit-il, chez 42 cardiaques, trois seulement ont succombé. Parmi les autres, quatre hommes et vingt femmes étaient atteints d'insuffisance mitrale, quatre femmes de rétrécissement mitral, deux hommes d'insuffisance aortique, une femme de rétrécissement de l'artère pulmonaire, un homme et deux femmes d'aortite

chronique. Chez tous, l'érysipèle a évolué comme chez des sujets normaux ».

« Dans les trois cas funestes, la mort semble plutôt le fait des lésions secondaires du foie et des reins. Ainsi une femme de 64 ans, atteinte d'une insuffisance mitrale, avait un foie volumineux, de l'ascite et de l'ictère.

« Ces symptômes, en l'absence de l'autopsie, qui n'a pu être faite, sont suffisamment caractéristiques pour permettre d'incriminer le foie.

« Dans un autre cas, il s'est agi d'un homme de 58 ans, qui mourut au quatrième jour d'un érysipèle intense avec une température de 40°, de l'albuminurie et du délire. Il existait une ancienne insuffisance mitrale qui avait amené une notable hypertrophie du cœur : l'organe pesait 750 grammes. Les reins étaient granuleux. Quant au foie, son poids atteignait 2.720 grammes.

« Enfin un homme de 57 ans, mourut au troisième jour d'un érysipèle assez léger. On avait diagnostiqué pendant la vie une insuffisance mitrale avec insuffisance aortique. On trouva un cœur dilaté et hypertrophié, débarrassé des caillots, il pesait 1.000 grammes. L'aorte était dilatée et scléreuse. Les sigmoïdes rétractées étaient insuffisantes. La mitrale était épaisse et dure. Les reins étaient congestionnés. Le foie pesait 2.050 grammes. »

Nous-même avons recueilli quelques observations d'érysipèles survenus chez des cardiaques, avec un seul décès chez une malade asystolique, et

nous sommes arrivé à des conclusions semblables à celles que formulait le professeur Roger : d'ailleurs l'érysipèle ne semble pas plus fréquent chez les cardiaques, et rien ne pourrait expliquer cette élection.

Au point de vue clinique, l'érysipèle semble évoluer d'une façon à peu près normale chez les malades porteurs de lésions anciennes ; on doit cependant les diviser en deux catégories :

Malades atteints de reliquats péricardiques ou de lésions d'orifices, et malades porteurs de myocardite ancienne, et artério-scléreux.

L'érysipèle chez les premiers ne présente point de modifications.

Même début, même évolution, point de tendance à la rechute. Pas de modification dans la durée de l'affection. L'examen du cœur permet le plus souvent de dépister l'affection au premier jour. Nettement constituée, la lésion apparaît comme de date ancienne ; nous avons vu dans la première partie, que ce diagnostic était généralement facile. Dans les cas difficiles, les commémoratifs, l'existence d'un rhumatisme antérieur seraient d'un précieux secours. D'ailleurs, si la fréquence des battements cardiaques, due à l'élévation de la température, produit quelquefois des modifications des bruits telles que le diagnostic reste hésitant, celui-ci devient facile quand ce thermomètre est redescendu à la normale.

Fait digne de remarque :

On ne signale pas de souffles entra-cardiaques sur-

venant chez cette catégorie de malades. Nous n'en avons point rencontré dans nos observations, bien que nous ayons ausculté les malades presque quotidiennement.

Quant aux symptômes fonctionnels, si peu marqués d'ailleurs dans les lésions d'orifice, c'est à peine si quelquefois on les trouve un peu exagérés.

La dyspnée est peut-être le phénomène le plus net, surtout dans les larges insuffisances mitrales. Chez les péricardiaques et les malades porteurs d'insuffisance aortique, aucun phénomène subjectif. Point de palpitations, pas de douleurs dans la région précordiale. La lésion reste muette.

Enfin, point de complications, sauf un cas qui fait l'objet d'une observation de Sevestre et où une endocardite grave se greffe sur une valvule antérieurement altérée.

En résumé, comme le dit excellemment le professeur Roger : « L'évolution de l'érysipèle ne semble « guère influencée par les cardiopathies antérieu- « res, et, réciproquement l'infection streptococcique « n'aggrave pas les lésions préexistantes ».

Une restriction s'impose cependant pour les malades de la seconde catégorie, c'est-à-dire chez les sujets atteints de myocardite chronique et d'artériosclérose.

Si, en effet, chez eux l'érysipèle — lésion locale — évolue d'une façon normale, ces malades présentent souvent des phénomènes rapidement inquiétants du côté de la circulation générale. L'élévation de la

température se traduit par une plus grande fréquence des contractions cardiaques.

Outre la tachycardie, le pouls est encore affaibli, accéléré. Les bruits du cœur sont sourds, assez mal frappés, quelquefois même on peut constater un peu d'arythmie. C'est un pas vers l'asystolie. C'est elle, en effet, qui menace le patient.

Il n'est pas rare, en effet, que la petite circulation étant gênée, il ne se développe de la congestion pulmonaire uni ou bilatérale. Lorsqu'elle reste passive, le danger n'est pas imminent, et l'observation que nous publions à ce sujet est très instructive. Mais il ne faut pas oublier qu'une broncho-pneumonie streptococcique peut se développer à la faveur de l'érysipèle, et qu'elle serait alors fatale à coup sûr.

Il semble d'ailleurs que ces cas soient assez rares. Andrieu, dans sa thèse, n'en cite pas une seule observation.

Mais la circulation pulmonaire n'est pas seule gênée, et si la maladie est au cœur, le danger est au foie et au rein.

Ces malades, en effet, sont le plus souvent âgés. La sclérose qui a porté sur le cœur, a rarement respecté le foie, presque jamais le rein.

Ce sont ces deux organes qu'il faut interroger ; car c'est d'eux que dépend le pronostic. S'ils sont incapables d'éliminer les nouvelles toxines qu'à l'occasion d'un érysipèle ils sont chargés de détruire, l'issue fatale est assez proche. Les malades sont alors rapidement emportés, moins dans des phénomènes d'a-

systolie franche, que par suite d'un progrès d'une intoxication générale.

Quant aux asystoliques confirmés, le développement chez eux d'un érysipèle est un arrêt de mort.

Nous en rapportons deux observations dans lesquelles l'évolution a été très rapide.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Personnelle).

H... Honorine, ménagère, âgée de 26 ans, entre au Bastion 29, le 11 octobre 1904, pour un érysipèle de la face, de moyenne intensité.

Ni antécédents héréditaires.

Ni antécédents personnels.

L'érysipèle a débuté brusquement le 9 octobre, par des phénomèmes généraux : vomissements, frisson violent et prolongé, élévation de température.

Le lendemain 10, la malade perçoit une rougeur au niveau de l'aile du nez du côté gauche.

A son entrée, tout le côté droit de la face est envahi ; l'oreille est respectée.

L'état général est bon, la langue saburrale. La température, à 40° 3.

A l'auscultation du cœur, on perçoit dans la région préventriculaire gauche, un souffle systolique, de tonalité moyenne, superficiel, aspiratif, sans propagation.

Il s'atténue nettement quand on fait asseoir la malade.

Le 12, l'état général ne s'est point modifié. La tempéra-

ture du matin est un peu plus élevée que la veille : 40°8. L'auscultation attentive permet de retrouver un souffle systolique mais siégeant dans la région sus-apexienne, plus doux que la veille, ne se propageant pas et disparaissant tout à fait quand la malade est assise.

Le 13, température : 40°4. L'examen du cœur ne permet plus de retrouver le moindre bruit anormal. La température tombe brusquement à 36°8 et se maintient aux environs de 37 les jours suivants.

L'érysipèle s'atténue assez rapidement. La malade sort guérie le 29.

OBSERVATION II (personnelle).

P..., Jeanne, ménagère, 27 ans, entre au Bastion 29, le 1er octobre 1904.

Point d'antécédents héréditaires.

Point d'antécédents personnels.

Elle a été prise la veille d'un érysipèle qui a débuté au niveau du lobule de l'oreille gauche, avec phénomènes généraux assez marqués.

A son entrée, 1er octobre, l'oreille gauche est volumineuse, doublée de volume ;

Les 2 et 3 octobre, l'érysipèle progresse, envahit le cuir chevelu ; la température s'est toujours maintenue entre 39°8 et 40°2.

Le 4 octobre on aperçoit pour la première fois dans la

région apexienne un souffle méso-systolique, très léger et très superficiel. Il disparaît dans la position assise, et on ne peut le retrouver quand la malade est placée à nouveau dans le *decubitus* dorsal.

On le recherche en vain le 5.

Le 6, on le perçoit à nouveau, avec plus de netteté. Il s'atténue seulement en faisant asseoir la malade : on le retrouve quand celle-ci a repris le *decubitus* dorsal. Ce même jour la température tombe brusquement à 37°, pour s'y maintenir définitivement.

L'auscultation ultérieure a toujours été négative jusqu'à la sortie de la malade.

OBSERVATION III (personnelle).

M... Henriette, âgée de 13 ans, entre au Bastion 29, le 18 octobre.

Rougeole dans le jeune âge.

N'est pas encore réglée.

Malade depuis le 14 octobre.

A son entrée, le 18, érysipèle en papillon, les paupières sont très œdématiées. Temp. : 40°4.

Le 19, matin, temp. : 37°2, soir, temp. : 40°.

Auscultation. — Battements du cœur très fréquents, on perçoit dans la région pré-infundibulaire un souffle méso-systolique, assez intense, sans propagation, mais ne se modifiant pas quand on déplace la malade.

Le 20, température, mat. : 37°4, soir : 36°3.

Le souffle présente les mêmes caractères. Etant donné son siège, son intensité, sa non-instabilité, on croit plutôt à un souffle de chloro-anémie.

Mais le 21, il a disparu.

La malade sort guérie le 4 novembre.

OBSERVATION IV (personnelle).

Ch..., Henri, 28 ans, coiffeur, entre à l'Hôpital du Bastion 29, le 5 octobre 1904, pour érysipèle.

Antécédents personnels. — Rougeole et coqueluche dans sa première enfance. A 18 ans, blennorrhagie ayant guéri en un mois.

Maladie actuelle. — L'érysipèle a débuté le 29 septembre 1904, par des phénomènes généraux très marqués Le lendemain, rougeur au niveau de l'angle interne de l'œil droit ayant envahi rapidement toute la face, sauf le menton qui est respecté.

A son entrée, le 5 octobre, l'érysipèle est en voie de guérison ; la rougeur est presque effacée, par places, des squames apparaissent, en particulier sur le nez, les joues. Le thermomètre marque 40°,2. Ce malade se plaint d'un peu de gêne dans la région précordiale.

A l'auscultation du cœur, les bruits semblent un peu voilés. Pouls à 115, plein, bien frappé, régulier.

Le lendemain, 6, température : 39°2, état général assez bon ; mais le malade a un peu de dyspnée.

L'inspection et la palpation du cœur ne donnent pas de renseignements intéressants. A l'auscultation, on entend à la base du cœur, dans la région pré-aortique, un frottement pré-systolique, qui surajouté aux deux bruits normaux donne un rythme de galop. Plutôt doux, ce frottement augmente manifestement quand le malade se penche légèrement en avant. Les mouvements respiratoires ne semblent pas exercer d'influence sur son intensité.

Le pouls est à 110, non affaibli.

On fait un peu de révulsion sur la région précordiale.

Le soir, le thermomètre marque 38°2.

Le 7, température, matin : 38°2.

Température, soir : 38° 6.

La gêne respiratoire est un peu plus grande ; il y a 24 respirations par minutes.

La matité cardiaque n'est pas augmentée. Ses signes stéthoscopiques sont les mêmes que la veille.

Le 8, température, matin : 38°,2.

Soir : 38°,3.

L'érysipèle est en voie de guérison rapide. Le frottement persiste. Toujours pré-systolique, il est plus rude, et le râclement rappelle le bruit d'une râpe.

Pas de phénomènes subjectifs.

Les 9, 10, 11, 12, la température, malgré la disparition rapide de l'érysipèle, oscille autour de 38°, sans qu'aucune modification ne survienne dans les signes d'auscultation.

Le pouls est à 90.

Le 13. — La température touche à 37°, pour ne plus se relever jusqu'à la sortie du malade qui quitte l'hôpital le 29.

Le frottement persiste, il est doux à nouveau, comme au début, et reste très limité à la région pré-aortique.

OBSERVATION V (Personnelle).

Insuffisance aortique. — Erysipèle de la face. — Rechutes. — Guérison.

F... Célestine, 21 ans, giletière.

Entre au Bastion 29, Pavillon Erysipèle, n° 65, le 13 octobre 1904.

Pas d'antécédents personnels.

Pas de rhumatisme.

Elle a été prise la veille de phénomènes généraux marqués : température, frissons, et vomissements.

Le 13 octobre. — Temp. 39°8. Pouls 100, érysipèle du nez très net, peu douloureux, céphalée assez vive, bourrelet caractéristique.

Etat général assez bon.

L'auscultation du cœur permet d'entendre au foyer aortique un souffle diastolique, doux, aspiratif, se propageant le long du sternum, encore perçu à l'appendice xyphoïde.

Point de bruit surajouté. Les bruits du cœur un peu fréquents, ne permettent pas d'examiner d'une façon suffisamment nette le pouls.

Le lendemain, la température est à 37°8, le pouls est à 84 puls. L'érysipèle semble cependant avoir un peu augmenté.

On constate alors nettement d'autres signes manifestes d'insuffisance aortique.

La danse des artères est nette, le pouls est bondissant et dépressible, et l'on retrouve le pouls capillaire sous le derme sous-unguéal.

Les jours suivants ; l'érysipèle s'efface peu à peu, sans qu'il y ait eu de modifications du côté du cœur.

La malade sort le 31 octobre ; mais rentre le lendemain (1er novembre) avec une rechute d'érysipèle.

Cette rechute est plus marquée que la première atteinte. Pendant dix jours, la température oscille entre 38°5 et 39°8.

Le 5 novembre, on entend dans la région pré-infundibulaire un souffle léger, plus superficiel, et un peu en retard sur le début de la diastole.

L'auscultation du deuxième espace intercostal droit permet de différencier les deux bruits, et l'on fait pour ce dernier le diagnostic de souffle cardio-pulmonaire. Il n'y a d'ailleurs aucun phénomène subjectif du côté du cœur et deux jours après, on ne perçoit plus que le souffle de l'insuffisance aortique.

Le 12 novembre, la température descend à 39°2 ; et le pouls est à 46.

Fait digne de remarque. Malgré l'élévation assez élevée de la température l'état général reste assez bon. La malade ne se plaint que d'une céphalée qui ne l'empêche pas de dormir.

La desquamation est rapide, lorsque le 25 novembre la malade est reprise d'un frisson violent, avec 40°3 et P. à 110.

Le lendemain l'érysipèle a reparu au niveau de l'oreille droite qui est prise tout entière. L'érysipèle y reste cantonné pendant quatre jours, puis s'efface. L'auscultation du cœur n'a permis d'entendre aucun nouveau bruit pathologique. Les signes d'insuffisance aortique persistent, sans aucun changement. L'état général est redevenu excellent, aussitôt après la chute de la température ; et la malade quitte l'hôpital le 16 décembre.

OBSERVATION VI (Personnelle).

L... Eugène, 66 ans, cocher.

Entre le 17 novembre 1904, au Bastion 29, Pavillon des Erysipèles.

Pas d'antécédents personnels. Alcoolisme.

Erysipèle de la face localisé à toute la moitié droite du visage, mais ayant respecté l'oreille. Le début remonte au 12 novembre, il fut accompagné de phénomènes généraux intenses. A son entrée, T. : 39° 6, P. : 100.

L'auscultation du cœur permet de percevoir à l'orifice central un souffle vibrant, de tonalité élevée, franchement systolique et se propageant vers l'aisselle. Les bruits de l'aorte sont clangoreux. On porte le diagnostic de sclérose cardiaque avec insuffisance de même nature.

Emphysème ; quelques rancus disséminées. Pas d'œdème des membres inférieurs. Ni albumine, ni sucre.

L'érysipèle s'atténue rapidement, la température se main-

tient à 37 dès le 21 novembre. Point de modifications du côté du cœur.

Le 23 novembre, le malade se plaint d'une légère dyspnée. T. : 38° 2, P. : 110, régulier.

On craint une rechute d'érysipèle. Mais l'auscultation du poumon permet le diagnostic. Submatité de la base droite, disparition du murmure vésiculaire dans la zone correspondante, nombreux râles sous-crépitants fins.

Le lendemain, T. : 38° 6, P. : 115 avec des intermittences. Le souffle est moins net ; quelques arythmies. Mêmes signes pulmonaires. Quelques sous-crépitants à la base gauche. On craint le développement d'une broncho-pneumonie-érysipélateuse.

Bientôt sous l'influence de la digitale (0 gr. 30 en macération), les symptômes s'amendent très rapidement. La diurèse est abondante. La température tombe. Le pouls à 90° est régulier, le souffle réapparaît avec les caractères qu'il avait au début. Les râles sous-crépitants ne sont plus perceptibles qu'à la base droite, quand on fait tousser le malade.

La guérison est complète le 28 novembre. La desquamation de l'érysipèle est très intense. Le malade sort guéri le 10 décembre.

OBSERVATION VII (Personnelle).

B... Elisa, 64 ans, ménagère.

Entre, le 24 novembre 1904, au Bastion 29, Pavillon de l'Erysipèle.

Nombreuses attaques de rhumatisme articulaire aigu. A eu

plusieurs crises d'asystolie ; la dernière, en septembre 1904. Depuis cette époque, elle était condamnée à l'immobilité ; tout effort lui était impossible. Elle ne pouvait dormir qu'assise dans un fauteuil. Les jambes étaient restées très enflées.

L'érysipèle a débuté, le 22 novembre, par des phénomènes locaux, au niveau de l'aile du nez du côté gauche. A son entrée, toute la moitié gauche de la face est envahie.

La malade a une dyspnée extrême. Les pommettes sont cyanosées, les yeux injectés, les lèvres violacées, les jugulaires turgescentes. Les extrémités sont un peu refroidies. L'œdème des jambes est considérable et s'étend jusqu'à la paroi abdominale.

Les bruits du cœur sont sourds, mal frappés, arythmiques. Le pouls est petit, faible, inégal et présente de fausses intermittences. Malgré l'épaisseur de la paroi surchargée de graisse, le foie paraît gras. Sa palpation est douloureuse. On ne peut recueillir d'urine. Diarrhée abondante. Point de phénomènes nerveux.

La mort survient par asphyxie progressive quelques heures après l'entrée de la malade à l'hôpital.

OBSERVATION VIII (Personnelle).

C... Louis, 26 ans, garçon épicier.

Entre, le 1er novembre 1904, au Bastion 29, Pavillon de l'Erysipèle.

A eu deux crises de rhumatisme articulaire aigu, la première à 17 ans, la seconde à 22 ans. Il porte sur la région précordiale des cicatrices de ventouses scarifiées.

Pris brusquement en pleine santé, le 28 octobre, de frissons, et de vomissements, le lendemain, le malade a remarqué une rougeur près du lobe de l'oreille droite.

A son entrée, érysipèle de l'oreille droite, ayant envahi le cuir chevelu, qui est très douloureux à la pression.

T. : 39°6, P. : 110, régulier.

A l'auscultation du cœur, on perçoit un peu en dedans du mamelon, un souffle assez léger, systolique, ne se modifiant pas, et se propageant nettement dans l'aisselle.

La connaissance du rhumatisme antérieur, les stigmates des ventouses font penser à une lésion ancienne. Cependant les caractères de ce souffle permettent d'hésiter un peu. Mais il ne s'est jamais modifié pendant les jours qui ont suivi. L'érysipèle a d'ailleurs guéri assez vite et sans incidents, sauf un abcès du cuir chevelu.

Quand le malade quitte l'hôpital le 15 novembre, le souffle persiste avec les mêmes caractères qu'au moment de l'entrée.

OBSERVATION IX (personnelle).

R..., Isabelle, 33 ans, ménagère.

Entre, le 16 novembre 1904, au Bastion 29, Pavillon de l'Erysipèle.

Elle est atteinte d'un érysipèle peu intense, qui a débuté le 12 novembre au niveau de l'angle interne de l'œil droit, et qui depuis cette époque s'est très peu étendu.

Elle aurait eu quelques phénomènes généraux le premier jour.

Le 16 novembre, érysipèle peu étendu. Temp. : 37°4, P. : 80.

La malade, dont les antécédents personnels sont nuls, reconnaît cependant qu'elle a toujours été essoufflée au moindre effort.

L'examen du cœur permet de percevoir un frémissement cataire diastolique, vers la pointe du cœur. A l'auscultation, roulement diastolique avec renforcement pré-systolique. Dédoublement très net du second bruit à la base.

Pouls petit, mais régulier.

22 novembre. — L'érysipèle ne s'étend plus, et desquame rapidement. Il n'y a point de modification du côté du cœur.

La malade sort guérie le 3 décembre 1904.

Observations de Sevestre (Thèse) résumées.

OBSERVATION X

Observation I de la thèse de Sevestre.

Erysipèle de la face. — Endocardite (souffle systolique à la pointe). — Guérison de l'érysipèle. — Diminution très marquée du bruit de souffle qui ne disparaît cependant pas complètement.

D..., domestique, 24 ans.

Entre, le 3 mars 1873, à l'Hôtel-Dieu, Salle Sainte-Anne, n° 24 (service de M. Fauvel) pour un érysipèle de la face.

A Paris, depuis un an, toujours bien portante jusqu'ici.

Vendredi 28 février et samedi 29, céphalalgie et nausées.

Dimanche 2 mars, la malade s'aperçoit que le nez est rouge et volumineux.

Le 3, l'érysipèle a envahi le nez et toute la partie avoisinante du front et des deux joues dans l'étendue de la paume de la main.

Bourrelet très net; pression douloureuse.

Ganglions sous-maxillaires et parotidiens du côté gauche un peu tuméfiés et douloureux.

Temp. axil. : 40°3, pouls : 120, assez fort. Pointe du cœur dans le cinquième espace intercostal au-dessous du mamelon.

Impulsion cardiaque énergique.

Souffle très net, assez rude, au premier bruit, qui est un peu prolongé. Ce souffle a son maximum vers la pointe du cœur et s'entend encore, mais beaucoup plus faiblement, dans le reste de la région cardiaque ; on le retrouve à peine à la base ; second bruit normal partout. Pas de palpitations. Le malade n'en a jamais eu.

Le 4. — Point de modifications du côté de la face.

Impulsion cardiaque moins forte qu'hier, mais, du reste, mêmes caractères à l'auscultation. Rien du côté des poumons.

T. : 41°,2, P. : 120.

Le 5. — Tout le côté gauche de la face, jusqu'au voisinage de l'oreille, est envahi par l'érysipèle.

T. : 41°,7, P. : 116. Impulsion du cœur énergique ; le souffle est peut-être un peu plus fort ; au moins est-il plus étendu et perçu nettement jusque vers la base ; son maximum est cependant encore à la pointe. Pas de troubles fonctionnels du côté du cœur.

Le 6. — L'érysipèle a gagné l'oreille gauche et le cuir chevelu avoisinant.

Mêmes caractères du bruit de souffle. Légers troubles albumineux dans l'urine qui est foncée et peu abondante.

T. : 39°,8, P. : 120.

Le 7. — Même état. L'érysipèle s'avance lentement, mais progressivement dans le cuir chevelu. Mêmes signes du côté du cœur. Le souffle existe avec les mêmes caractères ; cependant la malade se trouve beaucoup mieux, demande à manger et voudrait même se lever.

Température : 37°.4, P. : 104.

Le 8. — La face est à peine tuméfiée. Desquamation commençante sur le nez et la joue gauche ; les phlyctènes sont complètement desséchées. Mêmes caractères du souffle bien que la fièvre soit tombée. T. : 36°,5. P. : 80. Le pouls est un peu plus irrégulier.

Le 9. — T. : 36°,7, P. : 76. Le pouls paraît, comme hier, un peu irrégulier, et le tracé sphygmographique montre en effet quelques inégalités dans les pulsations. Le souffle persiste, mais paraît pourtant moins intense et surtout moins rude.

Le 10. — T. : 37°,2, P. : 80. La desquamation continue. Le souffle est décidément moins fort mais encore très net.

Les jours suivants, la guérison s'affermit, mais le souffle ne diminue d'une façon notable que vers le 13 ou le 14 mars.

Le 19. — La malade part au Vésinet. A ce moment, on retrouve encore au premier bruit, un léger souffle, bien différent du souffle anémique par son timbre et par le siège du maximum qui est nettement à la pointe. A la base, et jusqu'à une petite distance de la pointe, les bruits sont normaux.

OBSERVATION XI (Résumée).

(OBSERVATION II de la thèse de Sevestre) (personnelle).

Erysipèle de la face. Endocardite légère. — Guérison.

C..., garçon limonader, âgé de 26 ans. Entre à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Julien, n° 9, service de M. Fauvel, le 17 avril 1873, pour un érysipèle de la face.

Rien dans ses antécédents héréditaires, ni dans ses antécédents personnels. Point de rhumatisme.

Il y a 2 jours, c'est-à-dire mardi 15 avril, il fut pris d'un frisson intense et, le lendemain, après une nuit mauvaise, il s'aperçut que son nez était le siège d'une tuméfaction douloureuse.

Au moment de l'entrée, on constate un érysipèle de la face très caractérisé.

La pointe du cœur bat derrière la cinquième côte au-dessous du mamelon. L'impulsion est assez forte ; à l'auscultation, le premier bruit est fort, vibrant, accompagné d'un tintement métallique et en même temps, par moments, il semble un peu soufflé ; ce souffle douteux à la pointe est plus nettement perçu vers le troisième espace intercostal au niveau du bord gauche du sternum. Le second bruit est normal.

Pouls fort. P. : 120, Temp. axil. : 40° 1.

Le 18, matin, P. : 106, T. : 39° 3. L'érysipèle s'est étendu sur le cuir chevelu. Quant au cœur, on ne retrouve plus le tinte-

ment métallique, mais le premier bruit est sourd, tout en étant assez fort.

Le 19 matin. Le souffle, au premier bruit, qui jusqu'ici pouvait être contesté, est maintenant entendu. Il existe à la pointe ; mais son maximum paraît être vers la base, ou du moins, dans le point déjà signalé (articulation du troisième cartilage costal gauche), on constate un souffle un peu plus rude, plus marqué que dans les autres points.

Soir, P. : 112, T. : 40°6.

Le 20, souffle très net avec maximum dans le point indiqué, peut-être même frottement à ce niveau. La face est complètement libre. L'érysipèle n'existe plus qu'à l'oreille droite et dans le cuir chevelu. P. : 112, T. : 40°5.

Le 21, P. : 108, T. : 39°6.

Desquamation sur la face.

Mêmes signes du côté du cœur.

Le 22, P. : 94, T. : 38°7.

Souffle toujours marqué sans modification.

Le 23, T. : 38°9, P. : 96. Le premier bruit est plus net. Impulsion du cœur peu marquée.

Pas d'albuminurie. Rien dans la poitrine.

Le 24. Tuméfaction des paupières du côté gauche. L'érysipèle s'étend jusque sur la moitié supérieure de la joue gauche et le côté gauche du nez. P. : 112, T. : 38°8. A peine un très léger obscurcissement du premier bruit du cœur.

Le 25, matin. Il n'y a plus de traces de la petite poussée d'érysipèle survenue il y a deux jours. Bruits du cœur nets. T. : 37°5, P. : 88.

Le 26, matin, T. : 36°2, P. : 72. Desquamation très marquée.

Les jours suivants, la desquamation continue, les cheveux tombent en abondance.

Etat général très bon. Rien au cœur. Les bruits sont absolument nets partout. Il en est de même le 6 mai, époque à laquelle le malade vient à la consultation.

OBSERVATION XII (Résumée).

Observation III (personnelle). (Thèse de Sevestre).

Erysipèle de la face. — Endocardite (souffle rude au premier temps et surtout à la pointe où il persiste après la guérison de l'érysipèle).

L..., 19 ans, entré le 11 août 1873 à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Julien, n° 9. (Service de M. Fauvel, suppléé par M. Lancereaux), au troisième jour d'un érysipèle de la face.

Antécédents personnels. — Abcès il y a quatre ans à la région sous-maxillaire gauche. Chancre de la lèvre inférieure, il y a deux mois ; le malade n'a point remarqué depuis cette époque d'éruption de roséole.

En somme il était bien portant, lorsque le 9 août, il eut un frisson assez violent. Céphalalgie ; nausées les jours suivants.

Ce matin, il remarqua une tuméfaction de la lèvre supérieure, du nez et de la joue droite. Bourrelet très net.

T. : 40°2, P. : 136.

Impulsion du cœur exagérée ; la pointe bat dans le cinquième espace intercostal, en dedans du mamelon ; matité à

peu près normale ; la pointe du cœur n'est pas recouverte par le poumon. A l'auscultation, on trouve à la pointe, en même temps qu'une pulsation vibrante au premier bruit, un souffle un peu rude, bien limité à la pointe ; à deux ou trois travers de doigt au-dessus, ce souffle diminue notablement, puis disparaît. A la base, on constate aussi au premier temps un souffle plus rude que celui de la pointe, rappelant un peu le timbre du frottement. Il ne varie pas dans les diverses positions du malade, n'augmente pas non plus lorsqu'on exerce avec le stéthoscope une pression plus forte. Dans les vaisseaux du cou, on produit, par une pression légère, un souffle au premier temps assez fort, mais très bref. Partout, à la base comme à la pointe, le second bruit est normal, peut-être un peu exagéré à la base.

Le 12, P. : 100, T. : 38°. L'érysipèle s'est étendu dans toutes les directions. Le souffle du premier temps persiste sans modification dans son timbre ; il est seulement un peu moins fort. A la base, on trouve au premier bruit un murmure sourd, n'ayant plus le timbre râpeux qu'il avait hier.

Ce murmure remplace de premier bruit.

Le deuxième bruit est sec, surtout à la base.

Le 13, l'érysipèle continue à progresser du côté gauche. Etat général assez bon.

P. : 104, T. 38°. : A la pointe du cœur, au premier temps, souffle rude, bien limité dans le cinquième espace intercostal, à deux travers de doigt en dedans du mamelon.

A ce niveau la pointe bat à nu, sans être recouverte par le poumon. A quelques travers de doigt plus haut les bruits sont normaux. A la base, au foyer, des bruits de l'orifice aortique, il n'y a pas de souffle mais un timbre sourd du premier

bruit, qui par ce caractère contraste d'une façon très marquée avec le deuxième bruit; celui-ci, au contraire, est sec, bien frappé, et présente comme une espèce de brusquerie anormale. Le malade n'a pas de sensation de palpitations.

Le 14, P.: 112 T.: 40°.

Souffle très net, rude à la pointe. A la base, le premier bruit est seulement sourd et prolongé.

Le deuxième bruit surtout, à la base, est très sec.

Le 15. — L'érysipèle pâlit ; les phlyctènes s'affaissent et se dessèchent. La fièvre est tombée.

Le premier bruit à la pointe est un peu vibrant ; mais le souffle est moins fort et moins rude. Le second bruit est dédoublé. A la base, le premier bruit présente les mêmes caractères que les jours passés, mais le dédoublement du second bruit est très net, plus marqué qu'à la pointe.

Le 16. — T. : 36°8, P. : 84. Souffle léger au premier bruit, à la pointe. Obscurité du premier bruit à la base. Dédoublement persistant du second bruit.

Etat général bon.

Le 17. — L'érysipèle cesse de s'étendre dans le cuir chevelu.

Premier bruit net à la pointe, encore obscur à la base.

Dédoublement du second bruit.

Le 19. — T. : 36°, P. : 64. Amélioration progressive. Le souffle a complètement disparu, mais le second bruit est toujours dédoublé.

Le 22. — A l'auscultation du cœur on ne trouve plus le dédoublement du second bruit, mais le souffle du premier temps a reparu, et il est même assez fort à la pointe. A la base, les

bruits sont à peu près normaux (le malade n'avait pas été ausculté depuis le 19).

Le 25. — Le malade demande sa sortie.

Léger souffle à la pointe.

OBSERVATION XIII

(Observation IV (Thèse de Sevestre) (personnelle).

Erysipèle de la face chez une femme convalescente de fièvre typhoïde. — A la fin de l'érysipèle, bronchite et endocardite légère. — Guérison.

G..., 39 ans, entre le 9 février 1872 à l'hôpital Lariboisière dans le service de M. Jaccoud (salle Sainte-Claire, n° 3) pour une fièvre typhoïde. Cette affection, arrivée au moment de l'entrée à l'hôpital, à la fin du second septenaire, ne paraît pas avoir été très intense. Cependant la malade, déjà très faible auparavant, se rétablit assez lentement.

Elle commençait à se lever, quand dans la nuit du 22 au 23 février, elle fut prise d'un frisson. Le lendemain, à la visite, on constatait une rougeur limitée au côté gauche du nez, rougeur offrant d'ailleurs tous les caractères de l'érysipèle. Cet érysipèle envahit progressivement toute la face sans cependant s'étendre au cuir chevelu ; le 2 mars, il était complètement terminé, et la desquamation commençait sur les parties primitivement atteintes. Cependant la fièvre persistait. On en trouva l'explication dans une bronchite mani-

festée par une légère dyspnée, mais surtout à l'auscultation, par des râles abondants. Il n'y avait rien au cœur, et pas d'albumine dans l'urine.

La bronchite se modifia à peine les jours suivants, mais de plus, le 5 mars, c'est-à-dire le onzième jour de la maladie, on trouva un souffle systolique à la pointe du cœur. Ce souffle, assez doux mais très net, persista pendant quelques jours, et disparut ensuite. Le 10 mars, on ne le retrouvait plus.

La malade quitta l'hôpital le 11 mars.

OBSERVATION XIV (Résumée).

(Observation V (Thèse de Sevestre, personnelle).

K..., 29 ans, menuisier, entre le 19 juin 1872 à l'hôpital Lariboisière, dans le service de M. Jaccoud (salle St-Jérôme n° 30).

Pas d'antécédents personnels.

Début de l'érysipèle le 16 juin.

Le 19. — Erysipèle banal de tout le côté gauche de la face. T. axill : 41°2, P. : 88.

Examen du thorax négatif.

Le 20. — P. : 92, T. : 40°.

Le 21. — Un peu d'agitation dans la nuit. Léger souffle au premier bruit à la pointe du cœur. P. : 72, T. : 39°,9.

Le 22. — Délire plus marqué. Albumine

Même état du cœur. P. : 94, T. : 40°,3.

Le 23. — Envahissement du cuir chevelu. Délire, souffle cardiaque un peu plus accentué. P. : 88, T. : 39°8.

Albuminurie plus marquée.

Le *soir*, P. : 100, T. : 39°9. Le délire a persisté toute la journée, plus intense que jamais, délire bruyant, présentant les caractères de delirium peureux.

Eruption stationnaire. Mort à 6 heures du matin, le 24 juin.

Autopsie. — Congestion sanguine légère et infiltration séreuse de la pie-mère.

Cœur. — Pas de lésions inflammatoires bien nettes sur l'endocarde, seulement la valvule mitrale présente une épaisseur un peu anormale ; petit caillot dans le ventricule gauche. L'endocarde, dans toute son étendue, est teint en rouge par le sang.

Congestion pulmonaire aux deux bases.

OBSERVATION XV (Résumée)

Observation VI (Rubourdin). (Thèse de Sevestre).

Erysipèle de la face.— Bronchite. — Endopéricardite. — Persistance d'un souffle systolique à la pointe.

C... Eugène, 37 ans, garçon marchand de vin, entre le 7 avril à la salle Saint-Jérôme, n° 5, service de M. Jaccoud, à l'hôpital Lariboisière.

Pas d'antécédents personnels : ni rhumatisme ; ni érysipèle.

Malade depuis une dizaine de jours. Tousse depuis cette époque.

Le 5. — Sans excoriation préalable, un érysipèle a commencé à se manifester à l'angle externe de l'œil droit.

Le 7. — La moitié de la face est envahie. T. A. :40°9.

Le 8. — Le malade présente les signes fonctionnels et physiques d'une bronchite généralisée légère et sans douleur précordiale ni palpitations, des signes physiques d'endopéricardite. Le timbre de tous les bruits normaux est altéré, et un souffle systolique bien manifeste s'entend aux deux orifices du cœur gauche. De plus, en arrière du sternum, près de la base du cœur, on constate, au moment de la systole, un frottement limité assez rude. T. : 38°5.

L'urine ne contient pas d'albumine. T. : 40°4.

Le 9. — L'érysipèle a envahi à gauche le front ; à droite l'oreille et une partie du cuir chevelu. T. : 38°, soir : 36° 6.

Le 10. — La desquamation commence. Le frottement péricardiaque est moins intense. Les souffles ne sont pas modifiés. T. : 39°.

Le 11. — T. : 37° et soir : 36°6.

Le 12. — Le malade commence à manger. Il se lève et reste assis à côté de son lit. Température normale.

Le 15. — Etat du malade excellent. Il se promène dans la salle. Il ne reste plus au cœur qu'un léger frottement sur le bord droit du sternum et un souffle systolique limité à la pointe.

Le 23. — Exeat. Il conserve un souffle systolique mitral.

OBSERVATION XVI (Résumée).

Observation VIII (Rubourdin) (de la thèse de Sevestre).

Erysipèle de la face débutant par le pharynx. — Endocardite aiguë entée sur une lésion chronique de l'endocarde

Ch... Berthe, 52 ans, infirmière, n'a jamais eu une très bonne santé. Enfant, elle a eu un violent mal de Pott qui a laissé une déviation rachidienne.

Elle prend le lit le 20 novembre 1873, se plaignant de douleur à la gorge.

Le 21. — Malade couchée. Salle Sainte-Claire, n° 19, service de M. Jaccoud. Gorge rouge, livide. Ganglions du cou douloureux et tuméfiés. Température élevée. Respiration un peu fréquente, mais non gênée. On entend des deux côtés quelques râles sous-crépitants disséminés. Le premier bruit du cœur à la base n'est pas net, mais sans souffle proprement dit. La malade dit n'avoir pas eu de rhumatismes.

Le soir agitation. T. ax. : 39°.

Le 22. — Erysipèle ayant envahi toute la face. Tendance au délire. Un souffle bien manifeste s'entend au moment de la systole aux deux foyers d'auscultation du cœur gauche. Un peu d'albumine. T. : 38°2.

Le soir : 39°6.

Le 23. — Etat stationnaire. T. : 38°.

Soir : 39°8.

Le 24. — Dépression considérable. Délire intense. Tousse un peu. Râles sous-crépitants disséminés. Souffles cardiaques persistants.

T. : 39°. Soir, T. : 40°.

Le 26. — La base des deux poumons en arrière donne un son obscur à la percussion. Le bruit de l'inspiration y est rude, à un degré à peu près égal des deux côtés. T. : 37°8. Soir, T. : 40°.

Le 27. — Submatité aux bases des deux poumons. Respiration rude à droite ; à gauche, elle est soufflante. Des râles humides s'entendent des deux côtés. T. : 39°.

Le soir, Temp. : 37°, mais dépression absolue.

Le 28. — Collapsus très accentué. T. : 38°,2.

Le soir. T. : 37°. Mort à 7 heures du soir.

Autopsie le 30 novembre.

La base du poumon droit est fortement congestionnée sans aucune hépatisation. La plus grande partie du lobe inférieur gauche est hépatisée, granuleuse sur la coupe, et tombe au fond de l'eau.

Les deux reins sont fortement congestionnés sans altération de tissu.

Rate molle.

Foie a son aspect et sa consistance ordinaire. Le cœur présente une hypertrophie notable qui porte sur tout le ventricule gauche. En quelques points, on trouve un léger épaississement du péricarde viscéral, et à gauche, quelques-uns de ces épaississements empiètent sur le myocarde. Aucune lésion ne se sent sur le feuillet pariétal.

La surface interne du ventricule droit a une coloration légè-

rement violacée. Les sigmoïdes pulmonaires sont à peu près saines, sauf sur l'une d'elles un peu d'épaississement. Le bord libre de la valvule tricuspide présente un assez grand nombre de petites masses arrondies, épaisses, dont les unes sont pâles à la surface, tandis que les autres offrent une coloration franchement rosée.

Le ventricule gauche a sa paroi notablement hypertrophiée (16 à 18 mm.) de même que ses piliers charnus. Le bord libre de la valvule mitrale présente aussi des nodosités formées comme par des ilots distincts d'épaississement. La plupart sont d'une coloration groseille qui tranche sur la pâleur de la valvule.

Les sigmoïdes aortiques présentent des altérations de deux ordres : Les nodules de Morgani sont transformées en des masses épaisses, dures, à surface rugueuse et pâle ; de plus, on voit d'autres points épaissis, mous encore, et vivement colorés en rouge ; la plupart occupent le bord libre, quelques-uns le bord adhérent de la valvule.

La première portion de l'aorte a sa paroi épaissie, athéromateuse.

OBSERVATION XVII (Résumée).

Observation IX (de la Thèse de Sevestre (Hybord).

M..., 21 ans, employé de commerce, entré le 20 février 1869, à la Maison municipale de santé dans le service de M. Jaccoud.

Pas d'antécédents personnels. Pas de rhumatisme antérieur. Jamais de palpitations ni d'essoufflements.

Fut pris brusquement dans la soirée du 19 février, de frissons, céphalée, phénomènes généraux.

Le 20, érysipèle très net de la pointe et de l'aile gauche du nez.

Légère douleur de gorge.

Le malade a de l'anxiété ; sa respiration est accélérée. Point de douleur précordiales, mais sensation d'étouffement. Rien au poumon.

La matité précordiale n'est pas augmentée.

La pointe du cœur bat un peu au-dessous du mamelon. Les pulsations cardiaques semblent assez énergiques. A l'auscultation, on entend :

Au foyer des bruits de l'orifice mitral et au premier temps, un bruit de souffle doux et se prolongeant un peu dans le petit silence ; au foyer des bruits tricuspidiens, les bruits sont normaux, mais, au-dessus de la pointe, vers le milieu de la matité précordiale, on perçoit une ébauche de bruit de galop ; et de fait, en prêtant une grande attention, on entend, à ce niveau, une sorte de frissonnement rappelant le frottement péricardique, sans être du frottement péricardique parfait. Il n'y a d'ailleurs aucun dédoublement du premier ni du second bruit.

Au foyer des bruits de la base, rien d'anormal, souffle intermittent assez intense dans les vaisseaux du cou. Pouls ample, un peu mou.

Le diagnostic fut : endocardite. Au début, T. A. : 40°5, P. : 126.

21. — Erysipèle a légèrement progressé.

Le bruit de galop est aujourd'hui manifeste.

Le frottement péricardique mieux marqué.

Le souffle est le même; le malade a eu du délire cette nuit T. : 40°5.

22. — M. Jaccoud, qui voit le malade pour la première fois, constate que le frottement péricardique et le bruit de galop sont bien nets et très accusés. Il constate également le bruit de la pointe, qui reste doux.

Le soir, T. : 40°5, P.: 108.

23. — L'érysipèle a gagné le cuir chevelu. Le frottement n'a pas augmenté d'intensité. Le souffle est un peu plus intense.

T. : 40°4, P. : 112.

24. — Le souffle du premier temps semble être un peu moins fort qu'hier. Le frottement persiste. Le soir, le frottement paraît plus marqué que ce matin, il s'entend surtout quand on ausculte du côté de l'aorte et de l'artère pulmonaire, c'est à-dire à la base du cœur, et en ce point il coïncide avec le second bruit. Au milieu et vers la pointe, il occupe le petit silence.

T. 39°9. P. 100.

Le 25. — L'érysipèle a diminué sur la partie gauche de la face, et il est presque éteint, mais il occupe toute la partie droite. Toujours souffle assez doux au premier temps et à la pointe. Rien aux autres orifices. Bruit de galop et frottement très marqués au milieu du cœur et au niveau de l'orifice aortique. Le malade a toujours de l'anxiété et une sensation de dyspnée. T. 40°8. P. 104.

Le 26.— Le souffle du premier temps est le même. Le frot-

tement péricardique est moins net, moins marqué. La matité précordiale n'est pas augmentée. T. 40°7. P. 112.

Le 27. — L'érysipèle s'étend encore un peu, même état du cœur. T. 40°1. P. 100,

Le 28. — Le frottement est encore moins marqué ; le bruit de galop est bien moins net. Le souffle persiste.

Le côté gauche est toujours très pris. T. 40°3. P. 100.

1er mars. — L'érysipèle diminue des deux côtés d'une façon notable.

Le souffle persiste. Les bruits de frottement et de galop sont à peine marqués. T. 40°6. P. 102.

Le 2. — L'érysipèle a sensiblement diminué. Le menton, la lèvre inférieure sont encore gonflés. On n'entend plus au cœur que le souffle du premier temps. T. 39°8. P. 102.

Le 4. — Erysipèle tout à fait éteint. Au cœur, il ne reste que le souffle de la pointe. T. 36°8. P. 72.

Le 6. — T. 37°1. P. 70. Le malade part ce soir. Il n'y a plus aucune trace de péricardite. Le souffle du premier temps est doux, il est moins net que les jours précédents. Nous n'avons pas revu le malade. Qu'est devenu ce souffle ?

OBSERVATION XVIII (Résumée).

Observation X de la thèse de Sevestre (Rendu).

Erysipèle de la face très bénin, développé chez une scrofuleuse. — Accidents d'endocardite aiguë devenant permanente et persistant d'une façon définitive.

A. L..., âgée de 16 ans et demi, entre le 21 avril 1873, à l'Hôpital St-Louis dans le service de M. Ernest Besnier.

C'est un type achevé de scrofuleuse.

Pâle, blonde, à peine développée.

Entre pour un lupus siégeant sur la joue droite, et qui a débuté à l'âge de neuf ans.

2 mai. — Frisson intense. Le lendemain, sur la joue au voisinage du lupus, plaque d'érysipèle.

L'érysipèle parcourut ses différentes phases très régulièrement et fut très bénin. Il était en complète défervescence le 6.

Cependant malgré l'amélioration considérable de l'état local, la santé générale était loin d'être satisfaisante. La malade pâlissait et maigrissait. La marche était impossible, et à chaque instant survenaient des défaillances. Ces phénomènes, peu prononcés d'abord, s'accentuèrent à partir du 14, huit jours après la défervescence de l'érysipèle.

L'auscultation de la poitrine avait été négative.

Le 16 mai. — Pour la première fois, on examine complètement l'état du cœur et des gros vaisseaux, en présence des progrès toujours croissants de l'anémie. On constate l'existence d'un bruit de souffle intense systolique ayant son maximum à la pointe du cœur et à timbre musical. Ce bruit s'entendait également à la base et se propageait très nettement sur les gros vaisseaux, de sorte qu'au début on fut incertain sur la question de savoir s'il s'agissait d'un souffle lié à l'anémie ou à une endocardite. Pourtant la fréquence et la petitesses du pouls, l'oppression qui se manifestait depuis deux jours, l'état général incontestablement grave de la malade firent pencher plutôt vers l'idée d'une lésion organique.

Le 20. — Sous l'influence de la digitale à faible dose (5 gouttes de teinture, jusqu'à 20 gouttes, en augmentant de 5 gout-

tes par jour), les forces reviennent un peu, mais le pouls oscille entre 120 et 130 pulsations.

Les symptômes stéthoscopiques sont les mêmes : Douleur dans le côté droit. Le lendemain ce point de côté persiste. Légère différence de son à la base droite, et diminution du murmure vésiculaire.

Le 22. — Il n'est plus douteux qu'il se produit un épanchement dans les deux plèvres et surtout à droite. On entend, en effet, des frottements fins, simulant des râles sous-crépitants et une respiration faible, un peu soufflante. Quant au souffle cardiaque, il s'accentue de plus en plus. Il est très intense et se propage jusqu'en arrière de la poitrine, du côté de l'aisselle. Il a toujours son timbre musical. On ne peut plus méconnaître une affection mitrale. On continue l'emploi de la digitale, dont la dose est portée à 1 gramme de teinture.

Le pouls tombe alors successivement de 130 à 115, 110, 100, 90. Le 27, il est à 80 pulsations. A cette époque l'épanchement pleurétique persiste, mais il n'a pas fait de progrès. Du côté du cœur, le souffle est toujours intense, mais il a perdu son caractère musical, il a pris un timbre doux, presque aspiratif. Le second temps est normal. Les forces reviennent.

Le 5 juin. — La digitale est supprimée. Le mieux continue.

Le 15. — L'épanchement pleurétique a presque complètement disparu.

Le souffle cardiaque est toujours intense, mais doux.

Le 4 juillet. — L'état général est meilleur. La malade tolère bien son affection cardiaque. Mais celle-ci ne s'est aucunement modifiée. Il est indubitable qu'il existe une insuffisance organique de la valvule mitrale.

OBSERVATION XIX (Résumée).

(Observation XI de la Thèse de Sevestre. Raymond).

Contusion du poumon droit et pleurésie consécutive. — Erysipèle ambulant développé sur le point d'application de ventouses scarifiées. — Endocardite dans le cours de l'érysipèle.

G... A..., 42 ans, menuisier, entré à l'Hôpital de la Pitié, 17 avril, salle Saint-Athanase, n° 32 (service de M. Marrotte).

Cet homme, toujours bien portant jusque-là, entrait à l'hôpital avec une pleurésie du côté droit, consécutive à une contusion du thorax (12 avril).

Le 20. — Frissons, vomissements. P. 104. T. 39°3. Un érysipèle s'est développé sur le côté droit du thorax au point où ont été appliquées 15 ventouses scarifiées.

Le 23. — Depuis le 20, température élevée, l'érysipèle s'étend sur tout le côté droit du sternum, à la ligne dorsale. T. 39°3. P. 120.

Le 25. — L'érysipèle gagne le cou ; le cuir chevelu, le 27, P. 108. T. 39°4.

Le 28. — Frissons dans la nuit. Le malade se plaint d'avoir des palpitations et d'être gêné pour respirer. L'auscultation du thorax démontre que l'épanchement a bien diminué.

En appliquant la main dans la région précordiale, on per-

çoit les battements du cœur très exagérés. A la percussion point de changement de volume ; pas de frémissement cataire. A la base, au premier temps, existe un souffle rude, râpeux. Les deux temps à la pointe sont bien frappés. Rien dans les vaisseaux du cou.

Le 29 et le 30. — Même état du cœur.

Le 1er mai. — Erysipèle très atténué.

Souffle du cœur est aussi marqué. Le malade a encore des palpitations. P. 98. T. axill. 38°5.

Le 5. — Le malade entre en convalescence.

Le 15 mai. — L'épanchement pleurétique a presque complètement disparu. Le souffle du cœur est un peu moins rude. Le pouls est fort.

Le 17 juin. — Le malade quitte l'hôpital.

Il a toujours à droite un peu de diminution des vibrations thoraciques ; et, au cœur, un souffle beaucoup moins prononcé, mais bien facile à percevoir.

OBSERVATION XX (résumée).

Observation XII (de la thèse Sevestre) (Kirmisson).

Erysipèle de la face avec complication cardiaque (souffle rude au premier temps à la pointe).

P... Adèle, 23 ans, couturière, entre le 23 août 1873, à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Bernard (service de M. Guéneau de Mussy, suppléé par M. Ferraud).

Pas d'antécédents personnels.

Début le 22 août par des nausées et des vomissements.

Le 24. — L'érysipèle s'est étendu des ailes du nez vers les joues, les paupières et le front. Bourrelet assez net.

La matité précordiale commence à la troisième côte. Toute la région précordiale est soulevée pendant la systole ventriculaire. Le choc de la pointe se fait sentir avec force dans le cinquième espace intercostal. On entend au premier temps un souffle rude dont le maximum est à la pointe, mais qui se propage à la base, au niveau du bord gauche du sternum et du cartilage de la deuxième côte gauche. Le second bruit à la base est rude et dédoublé. Il existe un peu de sensibilité au niveau du nerf phrénique gauche entre les attaches du sterno-mastoïdien. Potion avec 20 gouttes de teinture de digitale.

Le 25. — 104 p. Pouls toujours fort. Impulsion cardiaque moins énergique. Le souffle persiste à la pointe. Le second bruit est toujours rude à la base.

Le 26. — 88 p. L'érysipèle s'est étendu vers l'oreille droite, s'effaçant ailleurs. Le souffle a presque complètement disparu à la pointe. Le second bruit est moins rude à la base, où l'on entend toujours le dédoublement. Potion avec X gouttes de teinture de digitale.

Le 28. — L'érysipèle est très effacé. On n'entend plus de souffle à la pointe. La digitale est supprimée.

Le 30. — 64 p. Quelques jours après, le malade quitte l'hôpital, ne ressentant aucune gêne du côté du cœur, mais conservant toujours des bruits d'un timbre éclatant, et un dédoublement du deuxième temps à la base.

OBSERVATION XXI (Résumée).

(Observation XIII de la Thèse Sevestre (Porak).

Erysipèle de la face.— Congestion pulmonaire. — Vers la fin de l'érysipèle, endocardite. — Persistance d'un bruit de souffle à la pointe

D..., blanchisseuse, 63 ans ; entre le 21 juillet 1873, à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Pierre (scrvice de M. Damaschino).

Pas d'antécédents personnels.

Phénomènes généraux le 19.

Le 20. — Début de l'érysipèle qui envahit toute la face. Fièvre intense.

Le 21. — On constate déjà des desquamations sur les deux joues. Bourrelet très net, en voie d'extension.

Auscultation du cœur et des poumons négative.

22. — T. ax 38°1, soir 39°4.

L'érysipèle s'étend sur le côté droit de la face.

23. — Erysipèle toujours très étendu.

Râles sibilants très abondants, rendant difficile l'auscult ation du cœur. Il n'y a pas de bruits anormaux cependant. T. 40°2.

24. — Délire. Eruption de sudamina sur le tronc et les bras. Quelques pustules d'ecthyma. T. 39°7.

27. — Le délire a disparu. T. 39°2.

29. — Râles sous-crépitants aux deux bases, dans le tiers inférieur des deux poumons. A droite un peu de submatité. Bruits du cœur normaux à la base. Mais à la pointe, on entend un bruit de souffle systolique prolongé. Le cœur n'est pas hypertrophié. La pointe bat juste au-dessous du mamelon dans le cinquième espace intercostal. Le pouls est plein et régulier. L'érysipèle ne fait plus de progrès. T. 38°4.

30. — Râles abondants. Toux fréquente. Crachats mousseux. Du reste l'érysipèle guérit. T.: 38°2.

1er août. — On ne perçoit plus que des râles sibilants assez nombreux.

Les jours suivants, érysipèle complètement guéri. Mais éruption de furoncles.

Le bruit du souffle cardiaque est toujours notable, son timbre doux a fait place à un timbre beaucoup plus rude. Du reste le malade ne se plaint pas de douleur précordiale ni de palpitations. Son affection cardiaque ne le gêne pas. La bronchite persiste; la toux est toujours forte, les crachats sont spumeux ; des râles sibilants et ronflants s'entendent des deux côtés de la poitrine.

Le 12. — La bronchite est en voie de guérison, on n'entend plus que quelques râles dans la poitrine ; le bruit de souffle cardiaque est diminué d'intensité.

OBSERVATION XXII (Résumée).

(Observation XIV de la thèse de Sevestre). (Voisin),

Erysipèle de la face avec endocardite.

Gr..., horloger, 31 ans, entre le 21 juin 1873, à l'Hôtel-Dieu, salle de l'Ange-Gardien (service de M. Oulmont).

Antécédents personnels. — Nuls, pas d'alcoolisme.

Le 18 juin. — Courbature.

Le 19. — Frissons et vomissements. Le soir, érysipèle débutant par l'oreille droite.

Le 21. — T. : ax, 39°5. P. : 96.

Le 22. — Erysipèle ayant envahi presque toute la face et étant descendu dans le cou. Un peu de délire. Céphalée très vive.

Rien au cœur. Rien au poumon. T. : 41°1. P. : 108.

23. — P. : 100. T. : 40°3. L'érysipèle s'étend.

Le premier bruit est prolongé, et parfois il y a un dédoublement de ce temps ; pas de frottement ; rien dans l'urine.

Le 24. — Erysipèle plus étendu. Même état du cœur, délire. P. : 92. T. : 40°3.

Le 26. — Extension au cuir chevelu. T. : 39°3. P. : 104. Au cœur, à la pointe, souffle au premier bruit. Il n'y a plus de dédoublement du premier bruit.

Le 27. — La desquamation commence. P. : 88. T. : 37°6. Au

cœur les bruits sont sourds, mais il n'y a ni souffle, ni dédoublement.

28. — P. : 92. T. : 39°6. L'érysipèle s'est étendu dans le cou et entre les deux épaules. P. : 56. T. : 36°7.

29. — Dégonflement de toute la face.

Desquamation générale. P. : 88. T. : 36°6.

10 juillet. — Le malade part à Vincennes très bien portant.

OBSERVATION XXIII (Résumée).

(Observation XV de la thèse Sevestre) (Voisin).

Erysipèle de la face. — Endocardite légère.

G..., cultivateur, 44 ans, entre le 14 mai 1873 à l'Hôtel Dieu, salle de l'Ange-Gardien, n° 12 (service de M. Oulmont).

Jusqu'alors il n'avait jamais été malade.

9 mai. — Après avoir eu froid, il eut des frissons et de la fièvre.

Le 11. — Apparition de l'érysipèle.

Le 15. — Erysipèle englobant le nez et les deux yeux très œdématiés. Rien au cuir chevelu.

Au cœur, bruit de souffle à la pointe au premier temps.

Bruits sourds, quelquefois on n'entend pas le souffle.

A la face, le premier bruit est sourd et le second est bien claqué. P. 104. T. 39°3.

Soir. — Bruit de souffle au premier temps, à la pointe ; un

autre à la base dans le deuxième espace intercostal, à gauche du sternum.

Le 16. — L'érysipèle ne s'est pas étendu. P. 84. T. 39°7. A la pointe, premier bruit légèrement soufflé. Pas de palpitations. Rien dans le péricarde.

Le 19. — L'érysipèle est très effacé, la température est à la normale depuis trois jours. Le premier bruit à la pointe est encore un peu prolongé, mais pas de souffle proprement dit.

Le 30. — Le malade part à Vincennes.

OBSERVATION XXIV (Résumée).

(Observation XVI de la thèse de Sevestre) (Artus).

Erysipèle de la face. — Endocardite survenant dans le cours de la maladie.

G..., domestique, 22 ans, entre le 15 septembre 1873 à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Landry (service de M. Lancereaux).

Pas d'antécédents personnels. Quelquefois des palpitations.

Le 11 septembre, le malade gratta un petit bouton qui se trouvait près du lobule du nez à gauche. Le soir frissons vomissements et température. Du 12 du 15, apparition d'une plaque érysipélateuse au niveau du bouton écorché.

Le 15. — Erysipèle étendu sur la joue gauche s'étendant jusqu'au grand angle de l'œil. Urines sans albumine. Rien au cœur. Quelques palpitations. L'auscultation ne révèle aucun bruit morbide. Les battements du cœur sont précipités. T. A. 39° ; P. 100.

16. — La joue gauche est envahie.

Le 17. — T. 38°. Le front est envahi. Palpitations violentes. L'auscultation du cœur fait constater à la pointe et au premier temps un bruit de souffle doux.

Le 18. — T. 38°4. Face entièrement envahie et méconnaissable.

Le 19. — Le cuir chevelu est envahi. Céphalée. Délire bruyant. T. 40°2. P. 112.

Le 20. — Etat stationnaire. T. 38°6.

Le 21. — Desquamation commence. T. 37°6.

Le 27. — Desquamation complète. Souffle persistant au cœur. T. 37°4.

3 octobre. — Nouvelle poussée érysipélateuse sur la joue droite. T. 38°6.

Le 6. — La desquamation commence.

Le 27. — La malade va au Vésinet. Le bruit de souffle persiste au cœur, mais il est moins prononcé qu'au début.

OBSERVATION XXV (Résumée).

(Observation XVII de la thèse Sevestre) (Clermont).

Erysipèle du cou. — Péricardite avec épanchement abondant. — Mort.

L..., externe dans le service de M. Alphonse Guérin, portait depuis fort longtemps une adénite cervicale polyganglionnaire.

En arrière de l'oreille, au niveau d'un orifice fistuleux, il eut un érysipèle peu marqué, sans réaction générale. Le malade était debout et mangeait.

Le surlendemain, on le trouve agité, respirant difficilement et se plaignant d'un sentiment d'angoisse diaphragmatique et de douleur précordiale. Le pouls était très fréquent (140). L'érisypèle avait diminué.

Deux jours après, il était très oppressé, couché dans le décubitus dorsal, respirant à grand'peine, parlant à voix basse, d'une façon saccadée. Le pouls était très fréquent et très petit.

Il y avait de la douleur précordiale et un peu de cyanose faciale. L'érysipèle avait disparu.

Le diagnostic porté fut celui de péricardite avec épanchement abondant.

L... mourait dans la nuit même.

OBSERVATION XXVI (Résumée).

(*in* thèse de Courbon).

S. E..., 10 ans, est entré le 10 juillet 1870, à l'hospice de l'Antiquaille pour un lupus du nez, des joues et des paupières.

2 octobre. — Brusquement, sans cause appréciable, il est pris de céphalée, et d'un violent délire. T. ax. 40°2. P. 140.

L'auscultation ne révèle aucune lésion des organes respiratoires, mais un souffle cardiaque manifeste.

Le 3. — Le malade est plus calme. P. 140. T. 39°6. Le souffle du cœur persiste encore. Tuméfaction des ganglions sous-maxillaires et parotidiens.

Le souffle cardiaque, qui était si distinct, a complètement disparu.

Le 4. — P. 120. T. 40°. Erysipèle net.

Les jours suivants l'érysipèle suit son cours, mais le souffle ne reparaît pas.

OBSERVATION XXVII (Résumée).

(*in* Thèse de Dénucé).

L. H..., 33 ans, lingère, entre le 9 novembre 1885, dans le service de M. le Dr Guyot, à l'Hôpital Beaujon, pour un érisypèle de la face, ayant gagné le cuir chevelu et les oreilles. Délire de paroles très marqué. La malade répond

assez bien quand on l'interpelle avec force, mais retombe aussitôt dans les idées incohérentes.

Le 10. — Dans la nuit, délire d'action. La malade a dû être attachée. Le matin, elle est dans le coma. La langue est sèche. T. : 40°. Souffle râpeux au premier temps et à la pointe, considéré par M. Guyot comme symptomatique d'une endocardite. Rien dans le poumon. Respiration régulière.

Incontinence absolue des urines, qui n'ont pu être examinées. Le coma a persisté les jours suivants.

Le 12. — Le souffle cardiaque avait disparu.

Morte le 13.

Autopsie. — 30 heures après la mort.

Poumon. — Congestion marquée à la base du poumon droit. Toute la surface du lobe inférieur, colorée en rouge sombre, est friable. A la coupe, on trouve la surface de section également colorée et laissant sourdre un liquide œdémateux, rosé, abondant, spumeux. Les fragments mis dans l'eau surnagent. Le tissu pulmonaire crépite mal à la pression. Les lobes supérieurs et le poumon gauche sont à peine congestionnés. Grosses bronches, trachée, larynx, ganglions bronchiques normaux.

Péricarde. — Surface externe normale. Surface interne lavée. Contient environ 50 grammes de liquide séreux, citrin, mêlé de quelques flocons membraneux louches.

Cœur. — Un peu gros. Pointe émoussée. Gras. Cœur droit normal. Cœur gauche, caillot fibrineux rouge dans le ventricule. L'endocarde a sa teinte normale dans les deux cavités. La valvule mitrale porte à son bord libre, au niveau de l'insertion des cordages tendineux, une petite végétation

du volume d'une tête d'épingle, à surface irrégulière (muriforme), molle, d'une teinte framboisée, soutenue par un pédicule un peu étranglé. Les valves aortiques sont peut-être épaissies : elles semblent moins souples. Cependant elles sont suffisantes.

Examen histologique des différents viscères, sauf du cœur.

Remarques. — Il est vraiment regrettable que l'examen histologique du poumon, des reins, du foie ait seul été fait. Il semble que pareilles recherches au niveau du cœur s'imposaient.

OBSERVATION XXVIII (Résumée).

(*in* Thèse de Dénucé)

F. B..., 65 ans, entre le 13 novembre 1885, dans le service de M. Guyot, à l'Hôpital Beaujon.

Le malade est atteint d'un érysipèle étendu à la face, au cuir chevelu et aux oreilles. Délire continu et violent. Langue sèche. T. : 41°. On n'a pu obtenir aucun renseignement. Le malade est mort le lendemain de son entrée.

Autopsie, pratiquée 24 heures après la mort.

Plèvre gauche normale.

Plèvre droite, présente des adhérences fibreuses, anciennes, au sommet.

La partie déclive contient un peu (environ 150 grammes) de

liquide séreux, citrin, un peu louche, mêlé de quelque flocons membraneux.

La face externe du péricarde est normale. Dans sa cavité, on trouve de 60 à 80 grammes de liquide citrin et transparent, dont une partie est recueillie. La face interne du péricarde n'offre rien à noter.

Le cœur est un peu volumineux. La pointe paraît émoussée. Il est un peu ramolli, et le tissu du myocarde offre, à la coupe, une teinte légèrement feuille morte. Les parois du cœur gauche ne paraissent pas hypertrophiées. Dans l'oreillette, l'endocarde offre les plaques disséminées, à bords se dégradant insensiblement, d'une teinte rouge violacé, assez foncée. Dans le ventricule, on retrouve la même teinte, surtout entre la base des valvules mitrale et aortique.

La valvule mitrale n'est pas épaissie ; son bord libre est normal, mais au niveau de son bord adhérent vers la face auriculaire, on trouve quelques petites végétations, du volume d'un grain de mil, à surface irrégulière, à teinte framboisée.

Les valvules aortiques présentent de petites plaques un peu épaissies, siégeant dans l'épaisseur de la valvule.

Examen histologique. — Le liquide péricardique présente le même aspect que le liquide pleural, c'est-à-dire qu'il contient de nombreux leucocytes granuleux, quelques hématies et de grandes cellules épithéliales plates à gros noyau, en très petit nombre. Sur des lamelles préparées par la méthode de Gram, on trouve des chaînettes absolument identiques au streptococcus erysipelatus, composées de trois à vingt grains réguliers petits et ronds, quelques diplococci, et en outre quelques bacilles.

En outre, lésions de congestion dans les poumons, et au niveau des reins.

OBSERVATION XXIX

Gendron. *Bulletin de la Société anatomique* 1882, p. 480.

Endocardite septique consécutive à un érysipèle traumatique de la face.

V..., 66 ans, entre le 25 septembre à l'Hôpital Beaujon, service de M. Léon Labbé. On l'a reçu pour une plaie contuse de la joue. Cette plaie vient à se compliquer d'érysipèle qui s'étend au cuir chevelu, sans dépasser la tête.

Le 23 octobre, la poussée érysipélateuse est complètement éteinte, une forte desquamation recouvre la face, le malade est entré en convalescence et paraissait en voie de guérison, lorsqu'on appelle de nouveau notre attention sur lui en nous signalant que, depuis deux jours, il va mal. En effet, la fièvre est revenue, il est abattu et peu lucide. La langue est sèche. il y a de la constipation. Le ventre est normal.

Aucune trace d'une nouvelle poussée érysipélateuse ne vient expliquer cet état, on ne découvre rien dans la poitrine. Le pouls est régulier et plein, et le soir on compte 84 P. et T. 38°4. En explorant le cœur nous découvrons, à la pointe, un souffle systolique intense et rude, les bruits du second temps sont normaux. Le malade n'accuse ni angoisse, ni oppression. Jusque-là, nous n avions pas ausculté le cœur et, au premier moment, nous hésitons à croire à une lésion

récente, bien que le malade ne nous révélât, dans ses antécédents, ni rhumatisme, ni aucun trouble qui relevât d'une affection cardiaque. Malgré son âge, il ne paraissait nullement athéromateux, mais c'était un sujet d'apparence peu vigoureuse et en outre, notablement débilité pendant son séjour à l'hôpital.

24 octobre. — Le matin, la langue est encore sèche, le souffle persiste, la température reste à 37, mais, dans l'après-midi, il est pris d'un fort accès de fièvre avec frissons et sueur.

25 octobre. — L'état est le même et il n'y a pas de fièvre le matin. Le soir, nous le trouvons en plein accès, avec des frissons répétés, la température s'élève à 40° ; le pouls est accéléré et régulier. L'exploration du ventre n'indique rien, ni du côté du foie, ni du côté de la rate. On entend quelques râles muqueux aux bases des poumons. Le souffle cardiaque persiste avec les mêmes caractères.

26 et 27 octobre. — La température reste assez élevée. On peut noter quelques irrégularités du pouls. V... se plaint de douleurs lombaires. Les jours suivants, il accuse de la douleur dans le coude droit, puis dans l'épaule, sans rougeur ni gonflement de ces régions. La fièvre devient plus continue avec un état typhoïde grave, langue desséchée, pommettes colorées, prostration. L'examen microscopique du sang révèle une augmentation notable du nombre des globules blancs, et par la quantité qui s'en présente dans le champ de l'objectif, on peut évaluer qu'il y en a quatre à cinq fois plus qu'à l'état normal. On découvre, en outre, à côté des éléments figurés du sang, une foule de petites granulations isolées ou groupées en chapelets.

Le malade meurt le 31 octobre.

Autopsie, faite 36 heures après le décès : Ni la peau, ni le tissu cellulaire sous-cutané ne présentent de lésion ; cependant à la partie postérieure de la tête, il y a, sous le cuir chevelu, une petite collection purulente, sans altération osseuse sur aucun point de la boîte cranienne.

Les articulations du coude et de l'épaule droite qui, pendant la vie, avaient été le siège de quelques douleurs sont intactes. A l'épaule, on trouve une déformation considérable de l'extrémité humérale et de la cavité glénoïde, vestiges d'une ancienne fracture avec consolidation vicieuse.

Le péricarde est sain, et ne contient pas d'épanchement pathologique.

Le cœur a un volume normal. Il est un peu flasque, chargé de graisse au niveau des sillons. Le myocarde a une coloration feuille morte, et une consistance peu ferme. En ouvrant largement l'oreillette gauche, qui n'est nullement atteinte, on découvre de grosses végétations qui font saillie dans la lumière de l'orifice mitral. Après incision du cœur gauche de façon à mettre à jour les deux cavités et leur orifice de communication, voici dans quel état se présente la valvule mitrale. Elle est rouge, infectée, sur toute son étendue et particulièrement au niveau de la valve postérieure ; cette valve, seulement sur sa face auriculaire et près de son bord libre, est hérissée de végétations volumineuses, inégales, molles, friables. A la base de ces végétations la séreuse est infectée, mais à leur voisinage et sur toute leur étendue, les valves ont conservé leur souplesse et ne sont ni épaisses ni déformées. Ni l'endocarde ventriculaire, ni les piliers ne présentent d'altérations. A l'orifice aortique on trouve sur la face interne de la valvule

sigmoïde, la plus contiguë à la valvule mitrale altérée, une grosse végétation framboisée également récente ; les autres valvules sont saines, ainsi que les parois de la crosse aortique. Le cœur droit ne présente rien.

Les plèvres et les poumons sont sains, à part un peu de congestion aux bases. Dans le tube digestif on ne remarque rien. La rate est grosse, pèse 620 grammes ; elle est molle est difluente.

Le foie est volumineux. Il pèse 2.200 grammes. A sa surface, sous la capsule d'enveloppe, on voit un grand nombre de petites taches blanchâtres, arrondies, disséminées. Des sections faites à leur niveau montrent qu'elles répondent à de petites granulations contenues dans le parenchyme hépatique.

Le rein droit paraît normal. Le rein gauche pèse 240 grammes. On voit par transparence sous sa capsule, facile à détacher, plusieurs taches de teinte hémorrhagique. Sur des coupes, ces taches répondent à des infarctus situés dans la substance corticale, ils présentent l'aspect d'un noyau pyramidal à base tournée vers la surface, dont le centre est jaunâtre et la périphérie très congestionnée avec une coloration rouge-brun, qui touche sur la substance voisine.

Le cerveau et les méninges ne renferment aucune lésion.

Au moment où nous présentons cette observation ; nous n'avons examiné que les lésions de l'endocarde, le microscope nous a montré que les productions développées sur l'endocarde étaient formées exclusivement par une énorme quantité de jeunes cellules.

OBSERVATION XXX

P. Dalché. *Bulletin de la Société anatomique.*

Erysipèle. — Endocardite végétante aiguë.

P... Honorine, 22 ans, entre le 22 janvier 1883, salle Sainte-Anne, lit n° 23, à l'Hôtel-Dieu (Service de M. Empis).

Pas de rhumatisme, pas de maladie de cœur dans ses antécédents. Dans son bas-âge, elle a eu la variole, la fièvre typhoïde, mais jamais de rhumatisme.

En 1882, une grossesse, et trois mois avant son entrée à l'hôpital un érysipèle de la face. Vers le 10 décembre 1883, elle est subitement prise d'un point de côté intense à gauche, de frissons, de maux de tête ; le jour même, pour la première fois, elle ressent des palpitations violentes, et le lendemain elle crache du sang. La fièvre s'allume, les hémoptysies se renouvellent quelquefois, les pieds enflent par instants, et après avoir traîné 6 semaines, la malade entre à l'Hôtel-Dieu.

22 janvier 1884. — Elle est en asystolie, les veines du cou turgescentes présentent des battements ; le foie est considérablement augmenté de volume. Diarrhée abondante. Les battements du cœur sont précipités ; on sent la pointe dans le septième espace, très en dehors du mamelon, et la main appliquée en cet endroit perçoit un frémissement des plus nets qui commence avant le choc de la pointe. A l'auscultation, on

entend un souffle fort, dont le maximum est à la pointe et qui commence un peu avant le premier temps pour se prolonger pendant la systole. Point de côté encore violent, quelques filets de sang dans les crachats. Dans le poumon gauche, on trouve au-dessus de l'épine de l'omoplate, un léger souffle entouré de râles fins. La malade est très abattue, réponses pénibles, 38°4.

29 janvier. — Le point de côté redouble et il se forme un épanchement pleurétique à gauche ; en même temps, œdème du bras droit.

30 janvier. — L'épanchement pleural augmente et on entend des râles nombreux dans le poumon droit ; œdème des quatre membres. Cyanose et mort le 31.

Autopsie. — Dans la plèvre gauche, épanchement assez abondant. Dans les deux poumons, noyaux disséminés d'apoplexie pulmonaire. Le cœur est large, flasque, à parois peu épaisses. Aucun des orifices n'est déformé, mais sur la valvule mitrale, sur les sigmoïdes aortiques, et sur la valvule tricuspide, surviennent de nombreuses végétations, petites, qui paraissent jeunes et contemporaines. Rien sur les sigmoïdes pulmonaires et sur le reste de l'endocarde.

Rien dans le cerveau, les intestins, le foie et les reins sont congestionnés.

La rate est petite, normale. Dans aucun de ces organes ne se trouve d'infarctus ; du reste, la malade est nettement morte d'asystolie, et nullement avec les symptômes infectieux d'une endocardite ulcéreuse.

OBSERVATION XXXI (Résumée).

Par Maurice Lenté, chef de clinique médicale.

Gazette médicale de Picardie (Août 1888), p. 116.

Érysipèle de la face. Métastase et endocardite infectieuse.

X..., 33 ans, entre à l'Hôtel-Dieu le 26 juin pour un érysipèle en lunettes s'étendant principalement sur la joue gauche.

Cet érysipèle, bien limité, peu grave, disparaît en peu de temps et le malade se croyant guéri, parlait déjà de faire signer son exeat, lorsque, le lendemain, à la visite, nous le trouvons dans un état de prostration extrême.

La teinte de l'érysipèle était presque effacée. Le 29 juin, le malade est beaucoup mieux ; en même temps nous constatons que l'érysipèle est revenu, non pas aussi accentué que lors de l'entrée du malade, mais d'une coloration néanmoins bien tranchée.

Le 30 juin, nouvelle métamorphose : l'érysipèle avait pâli, par contre la prostation était revenue ; nous constatons alors l'apparition d'une endocardite caractérisée par un bruit de souffle systolique mitral. Le pouls est petit, irrégulier, — 128 à 132 pulsations. Une application de sangsues soulage le malade.

La digitale évite certainement une attaque d'asystolie.

Le 2 juillet, le pouls est à 80 pulsations : la digitale est con-

tinuée à la dose de poudre de feuilles, 25 centigrammes. La percussion dénote un cœur d'un volume normal ; le bruit de souffle persiste encore, mais il est bien atténué.

L'érysipèle disparaît lentement comme la lésion endocardique.

Le 5 juillet, l'état satisfaisant persiste, les symptômes d'endocardite continuent à s'atténuer, un léger souffle aspiratif en indique seul l'existence.

Les jours suivants, le malade va de mieux en mieux. Il est à l'hôpital avec son souffle persistant encore, mais néanmoins atténué. Le malade sort le 1er août.

Réflexions. — L'observation de ce malade est intéressante à plus d'un titre.

Le brusque disparition de l'érysipèle, la coïncidence de cette disparition brusque avec la prostration et une endocardite ; la réapparition brusque de l'érysipèle avec la grande atténuation de l'endocardite, enfin la disparition lente de l'érysipèle avec la disparition également lente de l'endocardite, tout cet ensemble forme des états de hausse et de baisse très intéressants à étudier et à interpréter.

Il faut d'abord noter cette endocardite qui est bien une endocardite érysipélateuse.

En effet, interrogé avec soin, le malade nous a déclaré n'avoir jamais éprouvé aucun symptôme de rhumatisme aigu ou subaigu. Ce point est déjà important. Il remplit une des conditions que le professeur Jaccoud exige des endocardites érysipélateuses.

En second lieu, le bruit de souffle est bien systolique à la pointe.

En troisième lieu, ce bruit de souffle naît dans le cours d'un érysipèle. Enfin il est indépendant de la marche de la température à laquelle il survit. L'endocardite de notre malade a parfaitement réalisé ces conditions pour mériter d'être appelée : érysipélateuse.

En second lieu, il faut se demander quelle est la cause de cette endocardite érysipélateuse, en un mot, avons-nous affaire à une métastase, ou bien à une manifestation toxémique, c'est-à-dire à une endocardite infectieuse, microbienne. Je crois qu'il faut adopter une opinion mixte et croire à une « endocardite infectieuse et métastatique ». La nature microbienne est bien prouvée, l'érysipèle est une maladie due à la présence dans l'économie du « streptococcus erysipelatus » de Felheisen. Les endocardites ont souvent été constatées dans le cours de l'érysipèle ; il n'y a rien d'étonnant à ce que notre malade ait pu en avoir une ; mais ce qui est singulier, c'est l'érysipèle et l'apparition alternante de l'endocardite. Outre donc la nature infectieuse de l'endocardite produite par la bactérie pathogène, il faut admettre en même temps une métastase. Les deux manifestations morbides, en effet, sont en raison inverse l'une de l'autre.

L'érysipèle aimant les tissus conjonctifs et séreux peut aller siéger sur l'endothélium cardiaque et revenir ensuite à son point de départ, il y aurait là une émigration de « streptococci ».

Je crois donc, que, chez notre malade, deux causes ont produit son endocardite : la nature infectieuse de l'érysipèle et la métastase car, comme je l'ai dit plus haut, on a bien vu souvent des exemples d'endocardite coïncidant avec des érysipèles, mais les observations sont probablement très rares, et je n'en ai pas trouvé, d'érysipèle et d'endocardite croissant et décroissant en raison inverse l'un de l'autre.

OBSERVATION XXXII

(Thèse d'Achalme. Observation II).

Erysipèle de la face chez un cardiaque. — Récidive. — Mort. — Autopsie. — Endocardite végétante. — Infarctus rénaux.

V... Alexandre, 27 ans, journalier.

Entré le 29 décembre 1890, salle Rayer, n° 7, dans le service de M. Montard-Martin.

Aucun antécédent héréditaire méritant d'être signalé.

Antécédents personnels. — Habitudes alcooliques invétérées.

Rhumatisme articulaire aigu pendant son séjour au régiment.

Entré à l'hôpital présentant à un haut degré les symptômes fonctionnels et les signes physiques d'une insuffisance mitrale.

20 janvier. — Premier érysipèle de la face, peu grave, ayant duré une huitaine de jours et ayant donné lieu à une petite épidémie de salle.

1er mars. — Au moment où nous le voyons pour la première fois, nous trouvons à l'auscultation les signes d'une forte insuffisance mitrale, ainsi qu'un peu de rétrécissement. Les membres inférieurs sont le siège d'un œdème énorme.

Son foie présente un volume considérable. Son bord descend jusqu'à l'épine iliaque antéro-supérieure. Sur la ligne médiane, il est à deux travers de doigt au-dessus de la symphyse pubienne. Les poumons sont le siège d'une congestion généralisée, mais les signes d'auscultation sont surtout marqués à la base droite. Expectoration sanguinolente de temps en temps.

Les urines sont fortement teintées et chargées de pigments biliaires ; elles renferment en outre une certaine quantité d'albumine. Léger épanchement péritonéal

La face est bouffie, cyanosée en certains points, principalement aux pommettes et aux lèvres. Teinte subictérique de tous les téguments. Pas de selles décolorées.

L'épreuve de Lépine-Cobrat démontre que le foie laisse passsr le sucre en assez grande abondanee.

22 avril. — Frisson violent, s'accompagnant d'une ascension brusque de la température qui a bientôt atteint 40°,5.

23 avril. — Le lendemain début de l'érysipèle autour de l'œil gauche, s'étendant par un bourrelet bien net qui envahit, le jour suivant, le côté droit de la face le cou et le cuir chevelu. A gauche, les lésions sont moins étendues.

Les jours suivants, la température atteint 40°5, 41 degrés sans rémissions vespérales. Les urines deviennent extrême-

ment rares ; le délire éclate, violent et impulsif, puis fait place au coma.

Mort. — Le 27 avril.

Autopsie (résumée).

Cavité abdominale. — Présence dans le péritoine d'une certaine quantité de liquide citrin. Les intestins sont fortement distendus par les gaz, mais n'offrent aucune lésion.

Foie. — Volumineux, criant sous le couteau à la coupe ; présente à un haut degré les caractères de la cirrhose cardiaque ; la vésicule est volumineuse et distendue par une bile peu colorée.

Rate. — Peu volumineuse, ramollie.

Reins. — Volumineux et congestionnés. Présentant un grand nombre de petits infarctus coniques à base périphérique, occupant principalement la substance corticale. Aucune lésion du bassinet, de l'uretère, de la vessie.

Cavité thoracique. — Le cœur est volumineux, nageant dans un liquide péricardique très abondant, mais transparent et limpide.

La séreuse péricardique est saine, sauf au niveau d'une plaque laiteuse siégeant à la partie antérieure et supérieure du ventricule gauche. Cette plaque laiteuse est en effet turgescente, entourée d'une petite zone de congestion et comme infiltrée d'un liquide gélatiniforme.

Le myocarde est un peu plus friable qu'à l'état normal, mais ne présente pas de coloration notable.

L'orifice mitral est notablement rétréci et induré ; tout le bord libre de la valvule est le siège d'une endocardite végé-

tante très abondante. Les végétations dont le volume varie de celui d'un grain de mil à celui d'un gros pois, forment une bordure très élégante à la mitrale indurée et épaisse.

A l'orifice aortique, on note également trois ou quatre végétations sur le bord libre de la face inférieure des sigmoïdes gauches.

L'orifice auriculo-ventriculaire droit présente également un grand nombre de végétations moins volumineuses et et occupant le bord libre de la valvule tricuspide.

Nulle part, on ne trouve de traces d'ulcérations. Les poumons sont congestionnés, principalement aux bases, qui sont presque splénisées, mais on ne trouve pas trace de bronchite purulente ou de véritable hépatisation. Les plèvres contiennent un peu de liquide transparent.

Les centres nerveux sont un peu congestionnés, mais sans présenter de traces d'encéphalite ou de méningite.

Examen bactériologique. — Le sang donne en abondance des cultures pures de streptocoques. On en obtient également un grand nombre par l'ensemencement du suc des végétations, des infarctus du rein, du parenchyme de la rate et du foie.

Examen microscopique. — *Foie.* — Lésion de la cirrhose cardiaque. Présence du streptocoque dans le sang des capillaires de certains lobules.

Rate. — Lésions parenchymateuses peu marquées. Quelques ilots de streptocoques diffus dans la masse des cellules rondes du suc splénique.

Reins. — Au niveau des infarctus sanguines, on trouve des hémorrhagies glomérulaires et une infiltration intertubulaire de globules rouges, mais on ne trouve pas de micro-

organismes à ce niveau. Ils sont, au contraire, nombreux en différents points dans les vaisseaux de la substance corticale, qu'ils obtinrent mécaniquement, donnant ainsi lieu par leur masse à des troubles mécaniques ayant pour résultat la formation des infarctus.

Cœur. — Myocarde : peu de lésions parenchymateuses, mais injection délicate de nombreux petits vaisseaux par les streptocoques, sans grande réaction leucocytaire ni dégénérescence du parenchyme ; par places, pourtant, quelques amas de globules blancs.

Péricarde. — Au niveau de la plaque laiteuse turgescente que nous avons signalée, on trouve un grand nombre de streptocoques, dans les vaisseaux sanguins ou lymphatiques, quelques-uns même dans les espaces fibreux, sans présence de globules blancs. Végétations endocardiques formées principalement par un réseau de fibrine coagulée, contenant en grand nombre des cellules embryonnaires et des masses énormes de volumineuses chaînettes de streptocoques.

OBSERVATION XXXIII

Observation XIX (Thèse d'Achalme).

Œdème chronique de la face à la suite d'érysipèles répétés. — Rétrécissement mitral. — Erysipèle facial à la suite d'une colère violente. — Abcès de la paupière dû au streptocoque. — Augmentation de l'œdème.

M... Henriette, 16 ans.

Entre le 21 février 1890, salle Grisolle, nº 3.

On est frappé, au premier regard que l'on jette sur la

malade de la physionomie qu'elle présente. Sa face est, en effet, le siège d'un œdème chronique qui lui donne l'aspect d'une albuminurique grave. Son teint est pâle et décoloré, son nez élargi à sa base et la paroi des narines épaissie. Les joues sont empâtées et tombantes. La peau du front est épaisse et difficile à plisser. Mais la déformation est surtout le résultat d'un gonflement énorme des paupières supérieures, qui amène un rétrécissement de la fente palpébrale tel que l'on voit à peine les yeux, et que la vue de la malade en est jusqu'à un certain point gênée. Ce gonflement est bien nettement limité du côté du cuir chevelu et du menton par une ligne très nette, sensible au toucher. Cette ligne se trouve juste à la limite du front et du cuir chevelu, passe au-devant des oreilles et vient aboutir aux commissures buccales en circonscrivant les joues par une courbe à concavité supérieure. Si l'on examine de près cet œdème, on s'aperçoit qu'il diffère de l'œdème habituel par une élasticité beaucoup plus grande, qui fait en sorte que l'impression du doigt n'y produit point le godet caractéristique.

Interrogée sur la date du début de cet œdème, la malade nous répond qu'elle a toujours eu la figure plus ou moins gonflée, mais que cette enflure a fait depuis deux ans d'assez grands progrès, non en étendue, mais en intensité.

Les antécédents de la malade viennent du reste, nous éclairer sur l'origine de cet œdème.

Ses parents, actuellement encore bien portants, ne présentent rien qui puisse faire songer à une influence héréditaire. Mais, depuis l'âge de trois à quatre ans, notre petite malade a été atteinte d'un grand nombre d'érysipèles plus ou moins

violents, qui ont toujours été suivis d'une aggravation de l'œdème. Le dernier, assez bénin, a eu lieu en janvier.

Les antécédents morbides n'offrent en dehors de cela, rien à signaler, si ce n'est un certain retard de la menstruation, qui n'a pas encore été paré.

Ce n'est du reste pas cet œdème constituant une réelle difformité qui amène notre malade à l'hôpital. Elle se plaint, depuis environ un an et demi, de palpitations assez violentes et d'une oppression constante, s'exagérant au moindre effort. Ses jambes n'enflent jamais, mais elle se plaint assez souvent de quintes de toux et a une fois, dit-elle, craché du sang.

A l'auscultation, on ne trouve rien au poumon, mais à l'auscultation du cœur, on perçoit nettement un souffle présystolique et un dédoublement du second bruit, correspondant sans doute à un rétrécissement mitral pur. L'impulsion cardiaque est forte, la matité précordiale un peu élargie.

Son urine, excrétée en grande abondance (2 litres à 2 litres 1/2), ne contient aucune trace d'albumine.

La malade était depuis une vingtaine de jours dans le service, très améliorée par la digitale à très petites doses, lorsque, le 12 avril, à la suite d'une violente colère le matin, elle fut prise dans la soirée d'un frisson violent, avec ascension à 40°6, et dès le lendemain matin, apparaissait au niveau du nez et des paupières, un érysipèle violent qui envahit bientôt tout le tissu œdématié.

Malgré l'élévation de la température, l'état général est bon.

Pas de modifications dans les phénomènes cardiaques.

Pas de délire ; pas d'albumine. Le matin du quatrième jour,

la température est tombée à 37°8, et après une nouvelle ascension thermométrique, le soir la défervescence est constituée et la résolution s'effectue.

Le 26 février, toute la face est redevenue ce qu'elle était auparavant ; la desquamation est à peu près terminée. Seule la paupière supérieure gauche est encore un peu gonflée et est le siège d'un petit abcès qui, ouvert, donne lieu à l'écoulement de quelques gouttes de pus bien lié. La cicatrisation est rapide.

Après cet érysipèle, l'œdème semble avoir éprouvé une légère augmentation, et la malade sort, sans présenter aucun phénomène nouveau, le 19 avril 1891.

OBSERVATION XXXIV

(*In* Galliard. *Médecine moderne*, 1894.)

Artide. — Erysipèle de la face et du cœur, p. 179.

Mme C., 55 ans, garde-malade, entre le 18 mars 1892, au pavillon d'isolement de l'hôpital Saint-Antoine.

Son père est mort à 73 ans. Il était goutteux. La mère est morte à l'âge de 34 ans.

Quatre sœurs et un frère ont succombé à un âge peu avancé.

Deux enfants sont morts de bonne heure.

A l'âge de 20 ans, la malade a eu simultanément une dothiénentérie et un érysipèle de la face. Second érysipèle,

très intense avec tuméfaction des ganglions sous-maxillaires à 42 ans. Jamais de rhumatisme articulaire.

Depuis 3 ans, se manifeste périodiquement un catarrhe bronchique ; le dernier en février 1892. Nous soupçonnons quelques excès d'alcool.

C'est en sortant de l'asile du Vésinet où elle venait d'achever sa convalescence que Mme L.... éprouve le malaise initial : céphalée, contracture, frissons. Elle affirme que l'érysipèle a débuté aux oreilles pour gagner ensuite le cou et le face. L'œil droit a été complètement fermé.

Si l'on tient compte des renseignements fournis sur la marche de l'exanthème on doit admettre que le 18 mars (jour de l'entrée à l'hôpital) est le quatrième jour de la maladie confirmée. La rougeur de la face n'est pas très vive ; le bourrelet est peu saillant. Il n'y a pas de phlyctènes ; les ganglions sous-maxillaires sont tuméfiés. L'érysipèle est limité à la face. Langue sèche. Soif vive. Température vaginale 38°4. Pas d'albumine dans l'urine.

A l'auscultation, je trouve d'abord des râles de bronchite dans toute la poitrine. Je constate, en outre, que les parties antérieures sonores à la percussion ne fournissent qu'un murmure vésiculaire atténué. Les renseignements nous paraissent d'ailleurs soupçonner l'emphysème. En outre, je trouve au niveau du bord gauche du sternum, à l'insertion du troisième cartilage costal un frottement péricardique parfaitement net. Ce bruit très limité, très superficiel, ne peut être perçu que lorsque la malade cesse de respirer. Quand elle respire même faiblement, les râles bronchiques empêchent l'auscultation du cœur.

Le pouls est régulier.

Traitement : sulfate de quinine 1 gramme. Potion de Todd. Ventouses sèches. Vaseline salolée sur la figure.

Le 19 (5e jour). — Après une nuit agitée, fièvre vive (39°8 le matin, 39° 4 le soir). Langue sèche. Polydipsie. Le frottement existe ; comme la veille même traitement.

Le 20 (6e jour). Défervescence le matin 37°4, mais la température s'élève le soir à 40°4. Le frottement diminue.

Le 21 (7e jour). — Extension de l'érysipèle à la nuque et à la partie antérieure du cou.

Temp. : 40° le matin ; 40°5 le soir.

Le frottement est remplacé par un souffle systolique qui ne se modifie pas sensiblement lorsqu'on ausculte le malade assis. En même temps, la matité cardiaque a légèrement augmenté. Il y a de l'arythmie. Les pulsations sont irrégulières et inégales. Pouls 96. J'ajoute au sulfate de quinine 20 gouttes de teinture de digitale.

Le 22 (8e jour). — Temp. : 40°3 et 40°8.

Pas d'arythmie.

Le 23. — Temp : 37°5 et 40°1. Le pouls est régulier : 88. Le souffle cardiaque a disparu. Le frottement n'est pas perceptible. Les bruits du cœur sont sourds.

Les râles de bronchite persistent des deux côtés.

Le 24. — Encore de grandes oscillations thermiques, 37°1 et 40°1. Les contractions cardiaques sont fortes ; on perçoit un frottement très net vers la base.

Le souffle n'a pas reparu. Le pouls est irrégulier, 84 pulsations. Malgré les pulvérisations faites d'après la méthode de Talamon, l'érysipèle a gagné le tronc.

Au dos et au thorax, on voit de larges plaques à contours irréguliers ; une large plaque existe aujourd'hui à la région

lombaire. La face est à peu près dégagée, mais il y a un abcès à la paupière supérieure droite. La bronchite persiste.

La malade se plaint beaucoup. Elle a peu d'appétit. Elle a des nuits agitées. Elle est faible. Pas d'albuminurie.

Je supprime la digitale. Je continue la potion de Todd et le sulfate de quinine. J'ajoute 50 centigrammes de citrate de caféine.

Le 25. — Arythmie. P. 92. T. 38°4 et 40°7.

Douleurs vives au côté droit où je constate une plaque érysipélateuse. Quintes de toux fréquentes. Expectoration finement aérée.

Le 26. — T. 38 et 40°6. Arythmie. P. 88.

Les contractions cardiaques sont faibles en général. Lorsqu'il s'en produit de fortes, on perçoit un souffle systolique léger à la pointe. Le frottement persiste à la partie moyenne du cœur.

J'incise l'abcès palpébral.

Le 27. — Temp. 39° et 39°5. P. 100.

Les pulsations sont plus régulières.

Comme l'érysipèle n'est pas enrayé, j'essaye de créer une barrière artificielle en badigeonnant les contours des dernières plaques à l'aide d'une solution phéniquée.

La malade accuse d'assez vives douleurs.

Le 28. — Malgré le traitement, l'exanthème s'est étendu aux fesses. T. 39°7 et 40°2. P. 100.

Le 29. — La température se maintient à 39°2 et à 39°3. J'ai continué le sulfate de quinine et la caféine. Le pouls est régulier : 88 pulsations. Le frottement péricardite diminue.

Le 30. — Temp. 38°5 et 39. L'exanthème a disparu au niveau du dos et du thorax : il persiste aux fesses.

Le 31. — Temp. T. 37°, avec 80 pulsations le matin. L'érythème se manifeste de nouveau. Dans l'après-midi, crise très pénible. Douleur très violente dans la région précordiale, avec angoisse et menaces de suffocation. Les accidents durent environ 30 minutes, nous dit la malade. Le soir T. 39°4.

1er avril. — T. 38°. P. 68. Pulsations régulières. Cœur plus faible. Râles de bronchite disséminés. T. 39° le soir

Les 2, 3, 4 avril. — Apyrexie. Cependant la rougeur a gagné la cuisse gauche. Suppression du sulfate de quinine et de la caféine.

Le 5. — Température 37°5 avec 76 pulsations.

Pas d'arythmie. Le soir, température 37°. Dans la soirée, violente douleur à la région du cœur avec anxiété et angoisse. L'accès comparable à celui du 31 mars dure environ une heure.

Le 6. — Je découvre une plaque rouge à la cuisse droite. Apyrexie. Pouls 72. Le frottement est à peine perceptible.

Les jours suivants, apyrexie.

Pouls varie de 68 à 80.

Le 10. — Dernière poussée fébrile, 38° le soir.

L'érysipèle est guéri. Il n'y a plus de rougeur, en aucune région. La malade continue à tousser, mais elle n'a plus de douleur cardiaque et reprend ses forces.

Quant au frottement, on ne le perçoit plus qu'avec peine, encore faut-il ausculter la malade assise.

Le 12. — Le pouls est plus rapide : 120, mais régulier. Température 37°7. La malade se plaint de douleurs gastri-

ques, elle a vomi. Elle accuse aussi de pénibles palpitations. Encore des râles de bronchite en arrière. A partir de ce jour, je constate à plusieurs reprises une accélération considérable du pouls. La tachycardie existe parfois au moment où j'arrive au lit de la malade, pour cesser au bout de quelques instants, ou bien, le pouls ralenti, quand j'arrive, s'accélère pendant la visite.

Le 16. — Je compte 180 pulsations.

Le 17. — 80 seulement.

Le 18. — 96, puis 116.

Le 19. — 160.

Le 21 et 22 avril. — 120.

L'apyrexie persiste. La température oscille entre 37 et 37°8.

La malade reprend ses forces et part pour le Vésinet le 25 avril, en convalescence.

OBSERVATIONS

In Revue de Médecine. Mai 1895.
Professeur Roger.

OBSERVATION I

Femme 60 ans.
Insuffisance aortique d'origine rhumatismale.
Erysipèle ayant duré 10 jours. Bénin. Pas d'antécédents.

OBSERVATION II

Femme, 40 ans. Rétrécissement mitral.
Erysipèle grave ayant duré 14 jours.

OBSERVATION III

Homme, 53 ans. Rhumatisme antérieur. Insuffisance mitrale.
Erysipèle léger ayant duré quatre jours.
Quatrième érysipèle depuis l'affection cardiaque.

OBSERVATION IV

Femme, 23 ans. Pas d'antécédents. Accouchement huit jours avant. Insuffisance mitrale.

Erysipèle dure 7 jours. Il fut guéri, envahissant le cuir chevelu ; avec albumine.

OBSERVATION V

Homme de 24 ans. Insuffisance mitrale peut-être consécutive à une fièvre typhoïde.

Erysipèle dura huit jours, fut de moyenne intensité.

OBSERVATION VI

Femme, 16 ans. Insuffisance mitrale d'origine rhumatismale.

Erysipèle persiste huit jours. Pendant 6 jours, la température oscille entre 39 et 40°.

OBSERVATION VII

Femme, 40 ans. Insuffisance mitrale, d'origine inconnue ; durée huit jours. Cuir chevelu envahi, fièvre 38°.

OBSERVATION IX

Femme, 45 ans. Insuffisance mitrale.

Erysipèle. Guérison au dixième jour. Il y eut des accès d'asthme cardiaque et de l'albumine.

OBSERVATION X

Homme, 39 ans. Insuffisance mitrale, consécutive à une fièvre typhoïde.

Erysipèle d'intensité moyenne. Persiste onze jours.

OBSERVATION XI

Homme, 52 ans. Insuffisance mitrale.

Erysipèle dure 14 jours, suivi d'une rechute ayant persisté dix jours.

OBSERVATION XII

Femme, 64 ans. Insuffisance mitrale d'origine rhumatismale.

Erysipèle persiste 17 jours. Il était en voie d'amélioration quand la malade qui avait un œdème énorme des membres inférieurs, un pouls petit et irrégulier, de la congestion pulmonaire, succomba par asystolie. L'autopsie montra des végétations dans les valves des deux orifices auriculo-ventriculaires, avec sclérose des reins et du foie.

OBSERVATION XIII

Femme 42 ans. Insuffisance mitrale. Erysipèle dure 14 jours. L'infection fut assez intense. La malade succomba un mois plus tard aux progrès de l'asystolie. L'autopsie mon-

tra une valvule mitrale rétractée, scléreuse, infiltrée par places de sels calcaires. Les reins et le foie étaient scléreux. Les poumons renfermaient 3 ou 4 infarctus hémoptoïques.

OBSERVATION XIV

Femme, 54 ans. Myocardite due à l'artério-sclérose. La malade entre à l'hôpital avec un érysipèle intense. La fièvre pendant 4 jours se maintient à 38°. Les battements du cœur étaient sourds, rapides, irréguliers. Les membres inférieurs fortement œdématiés. Les urines rares, rouges et albumineuses. La dyspnée très intense forçait la malade à rester constamment assise. L'auscultation révélait de nombreux râles fins aux deux bases.

Sous l'influence du régime lacté et de la caféïne, une amélioration assez notable se produisit. Huit jours après l'entrée, l'érysipèle était guéri et sa défervescence avait coïncidé avec une polyurie très notable. Au bout d'un mois de traitement, l'albumine avait disparu, et deux mois plus tard, la malade sortait presque guérie, ne conservant qu'un peu d'arythmie cardiaque.

OBSERVATION XV

Femme, 74 ans. Myocardite. Artério-sclérose. La malade avait eu un érysipèle deux ans auparavant.

C'est à partir de ce moment qu'elle ressentit des troubles cardiaques pour lesquels elle entra dans divers hôpitaux. L'érysipèle qui l'amena dans nos salles s'accompagna de

quelques manifestations asystoliques : pouls petit, irrégulier ; battements sourds ; congestion pulmonaire ; urines albumineuses. Mais au bout de neuf jours, l'érysipèle était guéri, et les manifestations cardiaques rétrocédèrent.

OBSERVATION XVI

Femme, 66 ans. Myocardite. Artério-sclérose. Lorsque cette malade entra dans notre service, l'érysipèle était guéri. Elle succomba.

OBSERVATION

(*In Archives Générales de Médecine*, juillet 1901, Roger. — *Contributions à l'étude clinique de l'érysipèle*, p. 35).

Femme de 27 ans. Au sixième jour d'un érysipèle d'intensité moyenne, la fièvre reprend. Le pouls devient rapide et bat 132 fois à la minute. En même temps on constate des douleurs sur la région précordiale et sur le trajet du phrénique, à l'auscultation, on trouve à la partie moyenne gauche un double frottement.

Le 4 juin, cette poussée de péricardite était guérie.

OBSERVATION

(*In Archives Générales de Médecine*, juillet 1901. Roger. — *Contribution à l'étude clinique de l'érysipèle*, p. 35).

Une femme de 72 ans, atteinte d'un érysipèle ambulant, mourut au onzième jour et l'autopsie montra une péricardite purulente avec une légère endocardite mitrale.

OBSERVATION

(*In Archives Générales de Médecine*, juillet 1901. Roger. — *Contribution à l'étude clinique de l'érysipèle*).

Une femme, âgée de 82 ans, atteinte d'un érysipèle ambulant, succomba alors que les lésions cutanées étaient presque guéries. On trouva à l'autopsie une péricardite purulente.

CONCLUSIONS

1° Les complications cardiaques de l'érysipèle sont très rares. Les plus fréquentes paraissent être l'endocardite et la péricardite.

2° Le streptocoque semble bien la cause déterminante de l'affection. On l'a presque toujours retrouvé dans les cas mortels.

3° C'est la voie sanguine que l'agent pathogène emprunte pour se localiser sur le péricarde ou sur l'endocarde.

4° Les complications cardiaques de l'érysipèle se présentent avec peu de phénomènes subjectifs. C'est l'examen direct qui permet de les déceler.

5° Leur diagnostic est relativement facile, si l'on est prévenu de la très grande fréquence des souffles extra-cardiaques au cours de l'érysipèle. On ne devra tenir pour certain le diagnostic de péricardite ou d'endocardite que si les signes stéthoscopiques ont toujours été parfaitement nets et si la lésion passe à la chronicité.

6o L'évolution de l'érysipèle ne semble guère influencée par les cardiopathies antérieures, et réciproquement l'infection streptococcique n'aggrave pas les lésions préexistantes.

Vu : le Président de la thèse,
DIEULAFOY

Vu le Doyen :
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Achalme. — Considérations pathogéniques et anatomo-pathologiques sur l'érysipèle, ses formes, ses complications. Thèse Paris, 1892.

Achalme. — De l'érysipèle, 1 vol. collect. Charcot-Debove.

Andrieu. — Complications pleuro-pulmonaires de l'érysipèle. Thèse Paris, 1900.

Aubrée. — De l'érysipèle. Thèse Paris, 1857.

E. Boix. — In Traité de Médecine Charcot-Brissaud-Bouchard, 1899, tome II.

Bluysen. — Streptococcie généralisée chez l'homme. Thèse Paris, 1901.

Chauvet. — Manifestations cardiaques de l'érysipèle. Avignon, 1875.

Dalché. — Erysipèle. Endocardite végétante aiguë. Bulletin. Société Anatomique, 1884.

Decorse. — De la mort dans l'érysipèle. Thèse Paris, 1898.

Dénucé. — Etude sur la pathogénie et l'anatomie pathologique de l'érysipèle. Thèse Bordeaux, 1885.

Dieulafoy. — Manuel de Pathologie Interne, 1901.

Duroziez. — Gazette des hôpitaux, 1866.

Dubois. — Complications articulaires de l'érysipèle. Thèse Paris, 1901.

Fabrice d'Aquapendente. — Peutautechos chirurgicum (1re p., chap. VIII. Frankof, 1592).

Fleming. — Traumatic erysipel of the face and scalp. mitral valve disease. Dublin W. Presse, 1863.

Galliard. — L'érysipèle de la face et le cœur. Médecine Moderne, 1894, p. 179.

Gendron. — Endocardite septique consécutive à un érysipèle traumatique. Bulletin de la Société Anatomique, 1882.

Hippocrate. — (Trad. Littré, t. VI, p. 173, § 18, t. VII, p. 85, § 55, et p. 183, § 7).

Jaccoud. — Dictionnaire. Art. Endocardite, 1870.

— Clinique de l'hôpital Lariboisière, 1872.

— Note sur les phlegmasies cardiaques liées à l'érysipèle de la face. Gazette hebdomadaire, 1873.

— Cliniques de l'hôpital de la Pitié, 1885.

— Traité de Pathologie Interne, t. I.

Jacobs. — Erysipèle de la face. Endocardite. Presse médicale belge, 1875.

Lenté. — Erysipèle de la face. Métastase et endocardite infectieuse. Gazette médicale de Picardie, 1888.

Lion (G.). — Essai sur la nature des Endocardites infectieuses. Thèse Paris, 1890.

Mavrikos. — L'érysipèle chez le nouveau-né. Thèse, Paris, 1886-1887.

Moore. — A case of phlegmonous erysipelas of the face. Pericardite. Dublin. S. M. sc. Gazette hebdomadaire, 1873.

Pellet. — Manifestations cardiaques de l'érysipèle. Thèse Montpellier, 1877.

Petit (A.). — In Traité de médecine. Charcot-Bouchard et Brissaud, tome VIII, 1902.

Plicque. — L'infection générale dans l'érysipèle. Journal des Praticiens, avril 1898, p. 145.

Renou. — In Traité des maladies de l'Enfance. Comby et Marfan. Tome I.

Roger (H.). — Contribution à l'étude clinique de l'érysipèle. Revue médecine, nov. 1895 et mai 1896.

— Archives générales de médecine, 1901. Nouvelle contribution à l'étude clinique de l'érysipèle. 2e semestre.

— Revue de médecine, avril et mai 1899, avril et mai 1900.

— Traité des maladies infectieuses. Tome II, p. 948.

Sevestre. — Complications cardiaques de l'érysipèle. Thèse Paris, 1874.

Thoinot. — In Manuel de médecine Debove et Achard, t. II. Art. Péricardite.

Traube. — Gev. Beitrage zu pathol. und physiologie. Berlin 1878, p. 143.

Widal. — In Traité Brouardel et Gilbert, t. I, p. 164.

Widal et Bezançon. — Société médicale des hôpitaux, 20 avril 1894.

Imp. de la Faculté de médecine, H. JOUVE, 15, rue Racine, Paris.

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE